Plan d'action régional de santé publique 2003-2006

Mauricie et Centre-du-Québec

DES COMMUNAUTÉS EN santé

Québec

Plan d'action régional de santé publique 2003-2006

Mauricie et Centre-du-Québec

DES COMMUNAUTÉS EN

Québec

Le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*
a été élaboré par la Direction de santé publique de
l'Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Coordination des travaux
André Dontigny, M.D., directeur de santé publique

Soutien à la coordination des travaux
Lucie Lafrance
Serge Nadeau

Rédaction
Sylvie Bernier
Isabelle Côté
André Dontigny
Lucie Lafrance
Christine Ross
Manon Toupin

Conseil à la rédaction
Martine Fréchette

Secrétariat
Odile Raiche

Graphisme
Vakarme, studio de communication graphique

De nombreuses personnes ont contribué à la démarche d'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*.
La liste de ces personnes est présentée à l'annexe 1 du présent document.

Dépôt légal – 2003
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89340-092-2

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Internet de l'Agence
www.agencesss04.qc.ca

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

112e assemblée du conseil d'administration
Date : 17 décembre 2003
Article : CARR-112-05
Résolution : CARR-03-49

RÉSOLUTION relative à l'adoption du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006

CONSIDÉRANT les articles 11 à 13 de la Loi sur la Santé publique traitant de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'évaluation, de la mise à jour et du contenu d'un plan d'action régional de santé publique ;

CONSIDÉRANT les responsabilités du directeur de santé publique apparaissant à l'article 373 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux ;

CONSIDÉRANT l'attente spécifiée par le ministre à l'égard de l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique et du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 ;

CONSIDÉRANT le processus ayant conduit à l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la consultation ayant eu cours à son sujet en septembre et octobre 2003 ;

CONSIDÉRANT l'accueil favorable réservé à ce plan lors de la consultation et les nombreuses modifications et précisions qui ont pu lui être apportées grâce à celle-ci ;

CONSIDÉRANT l'avis de la Commission multidisciplinaire régionale du 25 novembre 2003, de la Commission infirmière régionale du 27 novembre 2003, de la Commission médicale régionale du 2 décembre 2003 et la recommandation du Forum de la population du 26 novembre 2003 ;

CONSIDÉRANT les souhaits émis par la Commission multidisciplinaire régionale, le Forum de la population et la Commission infirmière régionale à l'effet d'assurer le respect des échéanciers prévus pour l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique ;

CONSIDÉRANT l'objectif fixé en octobre 2003 à chaque CLSC de préparer, sur la base du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 et de déposer à la Régie régionale pour approbation, un plan d'action local de santé publique au plus tard le 31 mars 2004 ;

CONSIDÉRANT la pertinence et l'importance de produire de tels plans d'action locaux dans les délais prévus et ce, malgré le contexte créé par l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ;

106-04116/

IL EST RÉSOLU sur proposition dûment appuyée :

1. D'adopter le Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 de la Mauricie et du Centre-du-Québec ;
2. De l'acheminer au Ministre et au directeur national de santé publique, en conformité avec l'objectif de gestion qui était fixé à notre région pour l'année 2003-2004 ;
3. De réitérer aux établissements à mission CLSC la pertinence et l'importance de préparer et de déposer pour approbation, au plus tard le 31 mars 2004, leur plan d'action local de santé publique respectif ;
4. D'informer le Ministre de l'appui du conseil d'administration à toutes décisions ministérielles en vue :
   - d'accentuer la prévention en conformité avec le Programme national de santé publique 2003-2012 et le Plan d'action régional de santé publique 2003-2006, notamment au regard des décisions relatives à l'élaboration des crédits nationaux 2004-2005 ;
   - de favoriser la mise en oeuvre des plans d'action locaux dès la première année de leur adoption ;
5. De prendre en considération les facteurs et conditions susceptibles de faciliter la mise en œuvre du Plan d'action régional, avancés par les commissions consultatives régionales.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 18 décembre 2003

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
**DE LA MAURICIE ET
DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

EXTRAIT DE PROCÈS-VERBAL

112e assemblée du conseil d'administration
Date : 17 décembre 2003
Article : CARR-112-13
Résolution : CARR-03-57

RÉSOLUTION relative à la motion de félicitations aux personnes ayant contribué aux démarches d'élaboration et de consultation du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006

CONSIDÉRANT la qualité et la clarté des textes du document Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 ;

CONSIDÉRANT la vulgarisation des connaissances présentées et l'approche pédagogique utilisée lors de la démarche de consultation ;

CONSIDÉRANT à la fois la rigueur et la souplesse du processus de consultation, ainsi que l'ouverture à rechercher et recevoir une diversité d'opinion ;

CONSIDÉRANT la place laissée à l'expression des préoccupations des établissements, des organismes communautaires et autres partenaires intersectoriels ;

CONSIDÉRANT l'effort entrepris visant à joindre la population et à faciliter l'expression de son opinion sur des sujets où elle pouvait avoir une influence réelle ;

CONSIDÉRANT l'intégration respectueuse des résultats issus de cette consultation dans la version finale soumise à l'approbation du conseil d'administration ;

IL EST RÉSOLU sur proposition dûment appuyée, d'adresser une motion de félicitations aux personnes ayant contribué aux démarches d'élaboration et de consultation du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ

IL EST RÉSOLU sur proposition dûment appuyée, d'adresser une motion de félicitations aux personnes ayant contribué aux démarches d'élaboration et de consultation du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006.

ADOPTÉE À L'UNANIMITÉ.

COPIE CONFORME

Le Secrétaire du conseil d'administration,

Fait à Trois-Rivières
Le 18 décembre 2003

Michèle Laroche,
Présidente-directrice générale

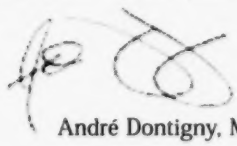
Mot du directeur de santé publique

Avec l'adoption du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP), nous franchissons une étape significative dans la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec en décrivant les actions de santé publique à maintenir, à consolider ou à développer afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population. Ce plan d'action fait suite à l'adoption de la Loi sur la santé publique en décembre 2001 et du *Programme national de santé publique 2003-2012* adopté en décembre 2002. Il s'inscrit en continuité avec les interventions réalisées dans la région, particulièrement par les établissements à mission CLSC en lien avec les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels.

Tant pour le PARSP que pour l'élaboration et la mise en œuvre des plans d'action locaux de santé publique, la mobilisation et la collaboration de l'ensemble des acteurs soucieux de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être du territoire sont des conditions incontournables pour la réussite d'un tel plan. C'est donc avec un souci de cohérence, d'équité et avec la conviction profonde que nous pouvons, ensemble, avoir un impact positif que nous nous engageons dans la mise en œuvre du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006*.

L'adoption du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* résulte de la contribution d'un nombre significatif de personnes, tant à l'interne de l'Agence qu'à l'externe. Je tiens à les remercier tous sincèrement. Et un merci tout particulier s'adresse à Lucie Lafrance, Odile Raiche et Manon Toupin pour l'effort significatif de soutien à la coordination des travaux et à la rédaction. Il nous appartient maintenant de soutenir la mise en œuvre de ce projet d'envergure. Je suis convaincu que nous saurons relever ce défi.

Le directeur de santé publique,



André Dontigny, M.D.

Avant-propos

Le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP) est le premier de trois plans d'action régionaux prescrits par la Loi sur la santé publique visant particulièrement l'atteinte des objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP). Le PARSP a donc été élaboré en lien avec le PNSP et en cohérence avec les orientations régionales. Le PARSP cible les actions de santé publique en promotion de la santé et en prévention primaire et secondaire des problèmes psychosociaux et de santé. Il n'inclut pas les actions de prévention tertiaire.

Une consultation a été réalisée auprès des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires, des partenaires intersectoriels et de la population. Ce document tient compte des résultats de cette démarche. Le lecteur trouvera le résumé des informations recueillies lors de cette consultation à l'annexe 2.

Table des matières

Liste des acronymes 15

Introduction 17

1. Le portrait sociosanitaire : faits saillants 19
- 1.1. Les données démographiques 19
- 1.2. Les données socio-économiques 19
- 1.3. Quelques déterminants de la santé 21
  - 1.3.1. Le poids corporel et l'activité physique 21
  - 1.3.2. L'usage du tabac 21
  - 1.3.3. La sécurité 21
  - 1.3.4. L'usage de médicaments prescrits 21
  - 1.3.5. L'accessibilité des services médicaux de première ligne 22
- 1.4. Quelques données sur certains groupes de population 22
  - 1.4.1. Les enfants 22
  - 1.4.2. Les jeunes adultes 23
  - 1.4.3. Les femmes 23
  - 1.4.4. Les aînés 24
- 1.5. L'état de santé et de bien-être 25
  - 1.5.1. L'état de santé physique et mentale 25
  - 1.5.2. Le VIH/sida et les ITS 25
  - 1.5.3. La mortalité et la morbidité 25
- 1.6. En conclusion 26

2. Les fondements du plan d'action 27
- 2.1. Les fonctions de santé publique 27
- 2.2. Les valeurs et les principes 27
- 2.3. Les stratégies 28
- 2.4. Quatre défis 29

3. Les cibles prioritaires régionales 31
- 3.1. Le développement social et le développement des communautés 32
  - 3.1.1. Une action sur la santé et le bien-être 32
  - 3.1.2. Un lien entre l'état de santé et les inégalités 32
  - 3.1.3. L'approche territoriale intersectorielle 33
  - 3.1.4. Les défis à relever 33
- 3.2. Le développement des enfants et des jeunes 34
  - 3.2.1. La petite enfance (0 à 5 ans) 34
  - 3.2.2. L'enfance et la jeunesse (6 à 17 ans) 35

3.3. La réduction de la mortalité évitable et des incapacités 35
3.3.1. Les maladies chroniques 35
3.3.2. Les traumatismes non intentionnels 36
3.3.3. Le suicide 37
3.4. L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques 38
3.5. La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique 39
3.5.1. La santé et l'environnement 39
3.5.2. La santé au travail 39
3.5.3. Les maladies infectieuses 40
3.5.4. Les actions prioritaires pour les situations de menace à la santé publique 40

4. Les autres actions de santé publique 41
4.1. La petite enfance (0 à 5 ans) 41
4.2. L'enfance et la jeunesse (6 à 17 ans) 41
4.3. Les adultes (18 à 64 ans) 42
4.4. Les aînés (65 ans et plus) 42
4.5. L'ensemble de la population 42

5. L'amélioration continue de l'action en santé publique 45
5.1. La surveillance 45
5.1.1. Les composantes de la surveillance 45
5.1.2. L'actualisation de la surveillance 45
5.2. L'évaluation 46
5.2.1. Les champs d'évaluation 46
5.2.1.1. La reddition de comptes 46
5.2.1.2. Le suivi de gestion 47
5.2.1.3. Les projets d'évaluation 47
5.2.2. Le retour d'information vers les acteurs 47
5.2.3. Le cadre d'évaluation 48
5.2.3.1. Le cadre de référence 48
5.2.3.2. Les engagements de la Direction de santé publique 48

6. Les conditions de succès à la mise en œuvre 51
6.1. Un but commun : l'amélioration de la santé et du bien-être 51
6.2. Des responsabilités partagées 51
6.3. Des mécanismes de suivi appropriés 51
6.4. Un bilan périodique 51
6.5. De l'information facilement accessible 52
6.6. Une collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires 52
6.6.1. Les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux 52
6.6.2. Les organismes communautaires 52
6.6.3. Les partenaires intersectoriels 52
6.7. Une expertise régionale et locale consolidée 53
6.8. Un financement adéquat 53

7. Les attentes à l'égard des plans d'action locaux 55
7.1. Le plan d'action local type et contribution attendue 55
7.2. L'engagement des établissements à mission CLSC 57

Conclusion 59

Annexe 1 Liste des collaborateurs 61

Annexe 2 Rapport de consultation dans le cadre de l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* 63

Annexe 3 L'analyse différenciée selon les sexes appliquée aux principaux défis de santé publique . . . 71

Annexe 4 Plan de mobilisation des ressources 73

Annexe 5 Tableau synthèse des classes d'objets de surveillance 79

Annexe 6 Appréciation administrative : reddition de comptes 81

Bibliographie 83

Figure 1 **Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec Districts sociosanitaires** 20

Liste des tableaux

Tableau 1 **Cadre de référence pour les objets d'évaluation du PARSP** 49

Tableau 2 **Activités de santé publique – Contours financiers 1996-1997 et 2002-2003 pour les CLSC de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la DSP** 54

Liste des acronymes

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DGSP	Direction générale de santé publique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
ETP	Équivalent temps plein
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITS	Infection transmissible sexuellement
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTS	Maladie transmissible sexuellement
NEGS	Naître égaux – Grandir en santé
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACE	Programme d'action communautaire pour les enfants
PALSP	Plan d'action local de santé publique
PARSP	Plan d'action régional de santé publique
PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PRMU	Plan régional des mesures d'urgence
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TROC	Table régionale des organismes communautaires
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH/sida	Virus de l'immunodéficience humaine/syndrome d'immunodéficience acquise
Y'APP	Y'a personne de parfait

Introduction

La promotion de la santé et la prévention de la maladie sont plus que jamais inscrites à l'agenda du Québec. Et pour cause, puisqu'il est maintenant clairement démontré que l'investissement dans des actions de promotion et de prévention engendre des gains substantiels de santé et de bien-être, même si les résultats ne sont perceptibles qu'à moyen et long terme.

Depuis la parution de *La Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) en 1992 et des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, une poussée remarquable dans le domaine de la santé publique s'est produite au Québec. En effet, la création de l'Institut national de santé publique en 1998, la nomination, en 2001, d'un directeur national de santé publique pour conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux et l'adoption de la Loi sur la santé publique, en décembre 2001, ont permis de bien camper l'importance de l'action de santé publique comme facteur déterminant de la santé et du bien-être de la population québécoise.

Plus particulièrement, la Loi sur la santé publique encadre désormais l'ensemble des actions de santé publique, alors que la précédente ne portait que sur la protection de la santé publique en situation de menace. Elle confirme et précise les responsabilités du directeur régional de santé publique de même que la responsabilité des établissements à mission CLSC dans l'action locale de santé publique. Enfin, cette loi prescrit l'élaboration d'un programme national de santé publique et de plans d'action régionaux et locaux.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) a été adopté en décembre 2002. Celui-ci sert dorénavant de base à l'action de santé publique au Québec en identifiant les services de santé publique à maintenir, à consolider ou à développer au cours des dix prochaines années. Le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP) est élaboré en conformité avec le PNSP. Il s'inscrit aussi en continuité avec la première orientation du *Plan de consolidation 1999-2002* de la Régie régionale – agir sur les causes des problèmes en accentuant la promotion et la prévention – et le document *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique*, publié à l'hiver 2002.

Le PARSP est également en lien avec le document ministériel *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministériels et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes* publié en janvier 2003. Avec la diffusion de ce document, le ministère de la Santé et des Services sociaux confirme notamment sa volonté d'instaurer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans toutes ses démarches de planification et identifie la santé publique comme un domaine où il est particulièrement pertinent de l'utiliser. L'ADS a donc été intégrée à la démarche d'élaboration qui a conduit à la production du présent document.

Le PARSP interpelle tant les décideurs que les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, plus particulièrement ceux de la Direction de santé publique et ceux des établissements à mission CLSC. Les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels sont tout autant concernés. En effet, ils trouveront dans le PARSP des actions les concernant, même si leurs particularités locales seront davantage prises en compte par les futurs plans d'action locaux de santé publique (PALSP). L'élaboration et la mise en œuvre des PALSP sont sous la responsabilité des établissements à mission CLSC en collaboration avec leurs partenaires.

Le PARSP est un guide pour soutenir l'action et la prise de décision en santé publique jusqu'en 2006. Le PARSP se veut également un outil mobilisateur autour des principaux enjeux de santé publique en Mauricie et au Centre-du-Québec. Enfin, il se veut bien sûr un outil facilitant pour l'élaboration des PALSP. Ceux-ci seront déposés par les établissements à mission CLSC, pour approbation, à l'Agence avant le 31 mars 2004, après adoption par leurs conseils d'administration.

Le premier chapitre du PARSP dresse les faits saillants du portrait sociosanitaire de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Le deuxième chapitre présente les fondements du PARSP largement inspirés du PNSP. Les troisième et quatrième chapitres détaillent respectivement les cibles prioritaires régionales et les autres actions de santé publique. Le cinquième chapitre traite de l'amélioration continue de l'action en santé publique par la surveillance de l'état de santé de la population et par l'évaluation des actions. Finalement, les deux derniers chapitres présentent, d'une part, les conditions de succès à la mise en œuvre et, d'autre part, les attentes à l'égard des plans d'action locaux.

Chacun selon sa mission et ses responsabilités propres est invité à relever le défi d'améliorer la santé et le bien-être de la population afin de contribuer au développement de communautés en santé en Mauricie et au Centre-du-Québec. Le *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* se veut la contribution tangible du réseau de la santé et des services sociaux à cet égard.

Le portrait sociosanitaire : faits saillants

L'objectif de ce chapitre est de donner quelques faits saillants du portrait de santé de la population de la région. Les principaux éléments qui sont présentés sont ceux qui distinguent notre région du Québec ou qui sont importants compte tenu de leur fréquence élevée ou de leur impact sur la santé. Il faut avoir en tête qu'il peut parfois exister des écarts marqués entre les districts sociosanitaires ou les communautés et, aussi, que des groupes particuliers peuvent faire face à certaines problématiques. Les données de ce chapitre proviennent en grande partie du recensement canadien de 2001, des données de mortalité de 1995 à 1999, de l'Enquête sociale et de santé 1998, de l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999 et de l'Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000).

1.1. Les données démographiques

La région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec couvre un vaste territoire géographique *(figure 1)*. Sa population, de près de 487 600 habitants, se concentre principalement dans le sud, la partie nord étant très peu peuplée. Le tiers de la population habite en milieu rural alors que près de la moitié de la population urbaine demeure dans la région de Trois-Rivières, l'une des six grandes régions métropolitaines de recensement du Québec.

La région est caractérisée par la présence d'une population autochtone : 5 200 individus, soit 1 % de la population. On retrouve quatre réserves amérindiennes sur l'ensemble du territoire, mais la population autochtone se concentre principalement dans le Haut-Saint-Maurice où elle représente 20 % de la population[1].

La croissance démographique de la région est limitée. En effet, la population s'est accrue de seulement 1,5 % depuis les dix dernières années, ce qui est inférieur au taux du Québec (4 %). On dénombre depuis les dernières années, environ 4 500 naissances annuellement, ce qui correspond à un indice de fécondité de 1,50, semblable à celui de l'ensemble du Québec. Il naît normalement plus de garçons que de filles. Ainsi, chez les enfants de 0 à 14 ans, la région compte 107 garçons pour 100 filles. Les femmes deviennent majoritaires à partir d'environ 55 ans. Globalement, on observe dans la population de la région, 98 hommes pour 100 femmes.

La faible croissance démographique s'accompagne d'un vieillissement accéléré de la population se traduisant par une proportion de plus en plus importante de personnes âgées. Présentement, les personnes de 65 ans et plus forment 15 % de l'ensemble de la population. Les personnes âgées sont majoritairement des femmes ; elles représentent 60 % des personnes de 65 ans et plus et 73 % des personnes de 85 ans et plus. Dans dix ans, les personnes de 65 ans et plus représenteront près de 20 % de la population, soit une personne sur cinq. De 2003 à 2013, le nombre de personnes âgées de 85 ans et plus augmentera de 52 % et passera de 8 094 à 12 280.

1.2. Les données socio-économiques

La région compte 56 165 familles avec enfants mineurs. Selon les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, 66,9 % des familles sont biparentales intactes, 20,4 % sont monoparentales et 9,7 % sont recomposées. Parmi l'ensemble des familles

1 La dispensation des services de santé dans les communautés autochtones étant de juridiction fédérale, les programmes visant spécifiquement ces populations ne sont pas inscrits dans ce document.

Région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Districts sociosanitaires

Février 2004

monoparentales, le parent est de sexe féminin dans la grande majorité des cas (78,5 %). La moitié des familles monoparentales sont pauvres ou très pauvres[2] . Enfin, notons que 16 % des personnes de 15 ans et plus vivent seules.

En ce qui concerne la scolarité, 36 % des individus de 15 ans et plus ont un niveau inférieur au certificat d'études secondaires. Précisons que cette proportion est plus élevée qu'au Québec et que la situation persiste depuis plusieurs années.

Quant au taux de chômage, il était de 8,7 % en 2001, donc légèrement plus élevé qu'au Québec (8,2 %). La situation s'est améliorée depuis 1996 alors que le taux de la région était de 11,7 %. Il faut cependant faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces données car le taux de chômage est une donnée qui peut varier de façon significative selon les saisons et les années. Par ailleurs, on dénombre 40 600 prestataires de l'assistance-emploi, soit 9,8 % de la population alors qu'au Québec, la proportion s'élève à 8,7 %. On évalue dans la région que 69 500 personnes ont une incapacité. Parmi l'ensemble des personnes handicapées, 39,1 % vivent sous le seuil de faible revenu ; cette proportion est plus grande chez les femmes (43 %) que chez les hommes (35 %).

Plus d'une personne sur cinq vit dans un ménage à faible revenu[3], mais cette proportion est légèrement inférieure à ce qui est observé au Québec. Comme pour l'ensemble de la province, près d'une personne sur dix âgée de 15 ans et plus souffre d'insécurité alimentaire[4]. Cette proportion dépasse une personne sur quatre dans les ménages pauvres et très pauvres.

1.3. Quelques déterminants de la santé

1.3.1. Le poids corporel et l'activité physique

Dans la région, chez les 15 ans et plus, près d'une personne sur trois présente un excès de poids[5]. Les hommes sont affectés plus que les femmes (34 % contre 25 %). Par contre, les femmes sont deux fois plus nombreuses à présenter un poids insuffisant (18 % contre 9 %). Fait inquiétant, la proportion de personnes présentant un excès de poids a augmenté de 52 % depuis dix ans. On remarque également que l'excès de poids évolue avec l'âge pour atteindre près de 40 % chez les gens âgés de 45 ans et plus. Par ailleurs, près de la moitié des personnes de 15 ans et plus ne pratiquent une activité physique de loisir que trois fois par mois ou moins.

1.3.2. L'usage du tabac

Le tiers des personnes fument. Les hommes comptent proportionnellement plus de fumeurs que les femmes (36,4 % contre 30,7 %). Par contre, selon les données de l'enquête de 2002 auprès des jeunes du secondaire, les jeunes filles sont plus nombreuses à fumer que les garçons (26 % contre 20 %). Cette enquête a par ailleurs révélé une baisse substantielle de l'usage du tabac depuis 1998 (de 30,4 % à 23,1 %).

1.3.3. La sécurité

Dans le domaine de la sécurité routière, notons que, parmi les cyclistes de 5 ans et plus, seulement 12 % portent le casque protecteur comparativement à 25 % pour les Québécois. La proportion de cyclistes portant le casque protecteur varie beaucoup en fonction de l'âge ; la proportion la plus élevée est observée chez les enfants de 5 à 9 ans (46 % au Québec) et la plus faible, chez les 10 à 24 ans (13 % au Québec).

Le taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies est de 37 % plus élevé dans la région que pour l'ensemble du Québec (411 contre 300 pour 100 000 titulaires de permis). D'autre part, signalons qu'entre 1992-1993 et 1998, le nombre de blessures occasionnées par des accidents de la route ou au travail a diminué de 50 %.

1.3.4. L'usage de médicaments prescrits

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, plus d'un tiers (35 %) de la population a consommé des médicaments prescrits au cours des deux jours ayant précédé l'enquête. Cette proportion est significativement plus

---

2 Personnes pauvres et très pauvres selon l'indice appelé « suffisance du revenu » de Santé Québec, calculé à partir du revenu du ménage et du nombre de personnes par ménage.

3 Un ménage à faible revenu est une famille qui consacre au moins 54,7 % de son revenu à l'alimentation, au logement et à l'habillement.

4 L'insécurité alimentaire réfère au manque de ressources financières pour acheter de la nourriture en quantité et en variété suffisantes pour se nourrir et offrir des repas équilibrés à sa famille. De plus, elle considère l'inquiétude quant à la capacité financière de se nourrir convenablement.

5 Sont considérées avoir un excès de poids, les personnes de 20 à 80 ans qui présentent un IMC au-dessus de 27. Pour les personnes de 15 à 19 ans, le seuil est de 25, et pour les personnes de plus de 80 ans, le seuil est de 29.

élevée que celle observée au cours des deux dernières enquêtes (27,5 % en 1987 et 31,6 % en 1992-1993). Plus de femmes que d'hommes prennent des médicaments prescrits (44 % contre 27 %). La proportion de consommateurs varie selon l'âge. Elle est d'environ 14 % chez les 0 à 14 ans. Entre 15 et 44 ans, elle se situe autour de 25 % et 30 %. Puis, elle augmente rapidement pour dépasser les 70 % chez les individus de 65 ans et plus.

1.3.5. L'accessibilité des services médicaux de première ligne

Concernant les services médicaux de première ligne, la population de la région peut compter sur la disponibilité de 392 omnipraticiens (ETP), ce qui correspond à un ratio de 1 médecin pour 1 244 comparativement à 1 pour 1 077 au Québec. Ce nombre de médecins ne comble que 77 % des besoins. En effet, la région aurait besoin de 506 médecins pour servir adéquatement la population. Cet écart de 23 % entre le nombre réel de médecins et le nombre requis est le plus élevé au Québec. Cette réalité a un impact certain, notamment sur la capacité des médecins d'être contributifs à l'intégration de la prévention dans leur pratique clinique.

1.4. Quelques données sur certains groupes de population

1.4.1. Les enfants

La proportion de nouveau-nés de petit poids (moins de 2 500 g) est de 5,7 %, ce qui correspond au taux québécois qui est de 5,8 %. En 2000-2001, 711 enfants sont nés de mères sous-scolarisées (moins de 11 ans de scolarité).

D'après l'*Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire* (2000), les trois quarts (73 %) des jeunes ont consommé au moins une substance psychoactive (alcool ou drogue) au cours de l'année précédant l'enquête, mais tous n'en ont pas fait un usage égal. Les grands consommateurs sont l'exception et la fréquence d'utilisation varie en fonction du sexe, du produit et de l'année d'études. Alors que 15 % des élèves de la 1re secondaire sont polyconsommateurs (alcool et drogues), cette proportion grimpe à 60 % à la 5e secondaire, soit quatre fois plus. Ce sont surtout l'alcool et le cannabis qui sont en cause. La proportion de jeunes qui ne prennent que de l'alcool (près du tiers des élèves) reste remarquablement stable quelle que soit l'année d'études. Tant pour l'alcool que pour le cannabis, environ 20 % des jeunes ont des habitudes régulières de consommation. Ces jeunes ont commencé à consommer régulièrement à l'âge de 13 ans. Les garçons sont plus nombreux à consommer que les filles (alcool : 22,4 % contre 18,2 % ; cannabis : 22,7 % contre 16,5 %). Près de 16 % des jeunes ont pris des hallucinogènes, mais cette consommation est généralement de faible fréquence ; seulement 18 % en prennent plus d'une fois par mois. Globalement, on évalue que 18,4 % des jeunes ont une consommation d'alcool et de drogues à risque ou problématique[6]. Quant aux jeux de hasard et d'argent, 66 % des jeunes sont des joueurs occasionnels et 13 % des joueurs assidus. On estime que 3,5 % des élèves ont potentiellement un problème avec le jeu.

À l'égard du poids, l'*Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999* révèle un double problème chez les jeunes : une prévalence de l'obésité de 3 % à 4 %, selon l'âge, et de 11 % à 13 % pour l'embonpoint ainsi qu'un taux d'insatisfaction à l'égard de l'image corporelle de 45 % chez les jeunes de 9 ans et d'environ 60 % chez ceux de 13 à 16 ans. Pourtant, 80 % des jeunes présentent un poids normal. Quant aux comportements de modification de poids, qu'il s'agisse de perdre ou de gagner du poids, ils sont présents chez 45 % des enfants de 9 ans. Ils sont également présents chez le tiers des adolescents québécois de 13 à 16 ans, tandis qu'un autre tiers des adolescents cherche à contrôler son poids.

Par ailleurs, cette enquête a révélé que l'ampleur de la violence vécue par les jeunes québécois est particulièrement inquiétante. Plus de 35 % des jeunes seraient exposés à la violence domestique entre adultes. Quant à la victimisation à l'école, c'est-à-dire le fait d'avoir été victime d'au moins un acte de violence, la fréquence varie selon l'âge et le sexe. La victimisation est rapportée par plus des deux tiers des enfants de 9 ans et par le quart seulement des jeunes de 16 ans. Elle est déclarée plus fréquemment par les garçons que par les filles.

---

6 Le risque associé à la consommation est classifié selon un score calculé à partir de la pondération de diverses questions. Une consommation à risque signifie qu'il y a un problème en émergence et qu'une intervention de première ligne serait souhaitable. Une consommation problématique indique que le jeune pourrait nécessiter une intervention spécialisée en toxicomanie.

Les jeunes québécois commencent précocement à avoir des relations amoureuses. De plus, la violence s'immisce tôt dans ces relations. Parmi les filles ayant déjà fréquenté un garçon, 31 % des filles de 13 ans et 43 % des filles de 16 ans ont déclaré avoir subi au moins un type de violence (psychologique, physique ou sexuelle) durant leur relation amoureuse. Enfin, signalons que 39 % des jeunes de 16 ans ont déjà eu une relation sexuelle avec pénétration (46 % des filles et 33 % des garçons ; l'âge moyen à la première relation sexuelle est d'environ 14 ans et demi. Le taux de grossesse à l'adolescence (14 à 17 ans) est de 16,4 pour 1 000, ce qui est inférieur au taux québécois qui est de 19,6 pour 1 000.

D'après les données des centres jeunesse, on a dénombré, en 2002, 29,3 signalements pour 1 000 jeunes de 0 à 17 ans, ce qui est beaucoup plus élevé que le taux provincial qui est de 17,7 pour 1 000. Cet écart pourrait s'expliquer, d'une part, par le nombre élevé de familles vivant dans des conditions socio-économiques défavorables et, d'autre part, par un meilleur dépistage des enfants en difficulté, notamment à cause de l'arrimage avec les CLSC. Le taux d'incidence des nouvelles prises en charge pour les années 1993-1999 a été de 4,7 pour 1 000 jeunes de 0 à 17 ans, ce qui est supérieur au taux provincial qui est de 4,4 pour 1 000.

Du côté de l'adaptation sociale, mentionnons que le taux de jeunes contrevenants âgés de 12 à 17 ans était en 1999 plus élevé qu'au Québec, soit 6 743 contre 5 963 pour 100 000. Depuis 1997, ce taux a diminué de 15 % dans la région comparativement à une baisse plus marquée de 21 % au Québec.

1.4.2. Les jeunes adultes

Les jeunes adultes constituent une clientèle dont on parle peu. Pourtant, ils font face à des problèmes préoccupants. La grande majorité (90 %) des jeunes de 15 à 24 ans de la région font usage d'alcool et/ou de drogues. Il s'agit du groupe d'âge qui présente les proportions les plus élevées, tant pour la consommation d'alcool (89 %) que de drogues (37 %). Concernant la consommation d'alcool, 41 % des jeunes de 15 à 24 ans ont pris cinq consommations et plus en une même occasion et 27 % se sont enivrés au moins cinq fois au cours de l'année précédant l'enquête.

Le décrochage scolaire est aussi un problème de plus en plus inquiétant. Dans la région, un peu plus du tiers (35,1 %) des jeunes de 15 à 24 ans n'ont pas obtenu leur diplôme d'études secondaires (certains parmi les plus jeunes étant toutefois à les compléter). Cette proportion est plus élevée chez les jeunes hommes (38,2 %) que chez les jeunes filles (31,8 %). Ces valeurs sont légèrement plus élevées que celles du Québec (34,1 % sexes réunis et 37,5 % et 30,4 % respectivement pour les garçons et les filles).

Par ailleurs, 8,3 % de jeunes de 15 à 24 ans ne se considèrent pas en bonne santé mentale ; plus du quart (28,2 %) ont un niveau élevé de détresse psychologique (comparativement à 19,3 % pour l'ensemble de la population) et 11 % ont des idées suicidaires.

Environ le tiers des jeunes de 15 à 24 ans fument. De plus, ces jeunes constituent le groupe d'âge le plus exposé quotidiennement à la fumée de cigarette : 53 % à la maison et 41 % dans les lieux publics. Les jeunes de 15 à 24 ans se distinguent aussi par la qualité de leurs habitudes alimentaires. Près du quart (22 %) considèrent qu'ils n'ont pas de bonnes habitudes alimentaires, ce qui constitue la proportion la plus élevée.

Les jeunes de 15 à 24 ans sont par ailleurs le groupe d'âge le plus actif : 45 % pratiquent une activité physique au moins trois fois par semaine. Ils constituent aussi le groupe qui présente la plus faible proportion de personnes présentant un excès de poids (13 %). Cette proportion n'a pas augmenté au cours des dix dernières années contrairement aux autres groupes d'âge chez qui on a observé une augmentation importante de l'excès de poids.

1.4.3. Les femmes

Les femmes de la région vivent globalement dans de moins bonnes conditions que les hommes. Elles sont plus pauvres (26 % contre 19 % selon Santé Québec), notamment parce qu'elles sont moins nombreuses à avoir un revenu d'emploi (45 % contre 55 %) et parce qu'elles ont un revenu d'emploi annuel moyen équivalent à 63 % de celui des hommes (19 218 $ comparativement à 30 709 $ en 2000). Elles sont aussi plus nombreuses à vivre seules (15,1 % contre 12,9 %), l'écart étant particulièrement élevé chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les jeunes filles sont par ailleurs moins nombreuses que les garçons à

décrocher avant la fin du secondaire ; elles obtiennent en plus forte proportion leur diplôme d'études secondaires ou collégiales et constituent actuellement au Québec environ les deux tiers de la clientèle étudiante des universités. Par contre, les choix de programmes sont fortement sexués et les filles ont tendance à se diriger vers des emplois dont les taux d'embauche et les conditions de travail sont nettement moins favorables que les emplois traditionnellement masculins.

Au niveau des habitudes de vie, les femmes se distinguent des hommes par un usage moindre du tabac (30,7 % des femmes fument comparativement à 36,4 % des hommes), de l'alcool (15,3 % contre 24,4 %) et des drogues (10,9 % contre 19,7 %). Les femmes présentent aussi moins souvent un excès de poids que les hommes (15,4 % contre 23,9 %). Par contre, elles sont beaucoup plus nombreuses à avoir un poids insuffisant (18,1 % contre 8,7 %) et à désirer maigrir (48,7 % contre 30,4 %).

Beaucoup de femmes sont, encore aujourd'hui, victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle. Selon des données d'enquête, 25 % des femmes québécoises ont déjà subi, depuis l'âge de 16 ans, un acte de violence physique ou sexuelle de la part de leur conjoint. Selon les statistiques régionales de 2001, les services policiers ont reçu et jugé fondées après enquête policière, les plaintes de 679 femmes victimes de violence conjugale de la part de leur conjoint actuel ou d'un ex-conjoint. Les agressions sexuelles sont encore plus fréquentes bien que moins déclarées et donc difficilement quantifiables. On évalue que le tiers des femmes ont été victimes d'au moins une agression sexuelle depuis l'âge de 16 ans.

Un niveau de détresse psychologique élevé est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (23 % contre 17 %) ; l'écart est plus marqué chez les jeunes de 15 à 24 ans (34 % chez les femmes contre 23 % chez les hommes). Mentionnons enfin que les femmes vivent globalement plus longtemps que les hommes, mais elles vivent près de cinq ans de plus que les hommes avec une perte d'autonomie liée à une incapacité.

1.4.4. Les aînés

Près d'une personne sur trois de 65 ans et plus demeure seule (32 %). Les écarts entre les sexes sont particulièrement marqués pour ce groupe d'âge (19 % chez les hommes et 41 % chez les femmes). Ces valeurs sont comparables à celles du Québec. Chez les 75 ans et plus, on note que 22 % des hommes vivent seuls comparativement à 52 % des femmes. Par ailleurs, les aînés constituent le groupe d'âge où on obtient la plus forte proportion de personnes qui se disent très satisfaites de leur vie sociale (42 % contre 32 % pour tous les âges).

La moitié des aînés considèrent qu'ils ont d'excellentes ou très bonnes habitudes alimentaires. Ils constituent cependant le groupe d'âge où on observe le plus d'excès de poids (40 %).

Près des trois quarts des aînés disent présenter plus d'un problème de santé. Les trois problèmes les plus fréquents sont l'hypertension artérielle, l'arthrite ou rhumatismes et les maladies cardiaques. La grande majorité des aînés (80 %) ont déclaré prendre au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête. Ces médicaments sont le plus souvent prescrits ; 72 % ont pris au moins un médicament prescrit alors que 33 % ont pris au moins un médicament non prescrit. La consommation de médicaments chez les aînés a considérablement augmenté au cours des dernières années ; la proportion des personnes prenant trois médicaments et plus a plus que doublé, passant de 26 % en 1987 à 54 % en 1998.

La grande majorité (87 %) des personnes de 65 ans et plus vivent en ménage privé. Environ 8 % sont hébergées dans des résidences privées et 5 % dans des établissements du réseau, principalement (74 %) en CHSLD. Notre région compte 6 048 places en résidences privées et 2 632 places en CHSLD. Les femmes sont plus nombreuses à être hébergées que les hommes (16 % contre 9 %). La proportion de personnes hébergées augmente avec l'âge, passant de 4,4 % chez les 65 à 74 ans à 51,4 % chez les 85 ans et plus.

Près du quart (23 %) des personnes de 65 ans et plus présentent une limitation d'activité à long terme. Cette proportion est la plus élevée parmi les groupes d'âge. Il convient de noter que cette proportion est bien supérieure à celle qui a été observée en 1987 alors qu'elle n'était que de 13 %. Signalons enfin que les chutes constituent un problème pour bon nombre de personnes âgées. Le taux d'hospitalisation pour chute non intentionnelle est de 565 pour 100 000 chez les 65 à 74 ans, de 1 580 pour 100 000 chez les

75 à 84 ans et de 3 774 pour 100 000 chez les 85 ans et plus, alors qu'il est de 279 pour 100 000 dans l'ensemble de la population. Les femmes sont plus à risque que les hommes d'être hospitalisées suite à une chute.

Le taux de suicide chez les aînés correspond au taux québécois (16,7 contre 15,3 pour 100 000). Le taux des hommes demeure plus élevé que celui des femmes (32,9 contre 5,4 pour 100 000). Ces taux ne diffèrent pas de ceux du Québec (29,1 et 5,8 pour 100 000).

1.5. L'état de santé et de bien-être

1.5.1. L'état de santé physique et mentale

La grande majorité des personnes, près de 90 %, se disent satisfaites de leur état de santé. Près des deux tiers des personnes déclarent au moins un problème de santé. Il y a proportionnellement plus de femmes que d'hommes qui rapportent au moins un problème de santé (68 % contre 61 %) et l'écart est encore plus marqué chez les personnes présentant plus d'un problème (45 % chez les femmes contre 33 % chez les hommes). Les problèmes les plus souvent déclarés par les individus et ayant une prévalence de plus de 10 % sont, par ordre d'importance, l'arthrite ou rhumatisme, les maux de tête, les allergies ou affections cutanées et les maux de dos. Les principales causes de limitations d'activités sont d'ordre ostéoarticulaire (25 %), respiratoire (13,5 %), cardiovasculaire (11,4 %) et accidentel (9,7 %).

Parmi les 15 ans et plus, près de 93 % affirment avoir une santé mentale excellente, très bonne ou bonne. Néanmoins, les problèmes de santé mentale représentent environ 11 % des causes d'incapacité. D'autre part, 20 % des 15 ans et plus présentent un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Au cours d'une période de douze mois, environ 4 % des 15 ans et plus disent avoir pensé sérieusement au suicide et autour de dix personnes sur 1 000 déclarent avoir posé des gestes suicidaires. Ces chiffres se comparent à ceux du Québec. Cependant, le taux de mortalité par suicide est plus élevé dans la région (24,9 contre 19,8 pour 100 000 au Québec).

1.5.2. Le VIH/sida et les ITS

Au 30 juin 2002, 100 cas cumulatifs de sida ont été déclarés dans la région. L'avènement de la thérapie antirétrovirale a permis de ralentir l'évolution de la maladie, mais ne la guérit pas. Les progrès réalisés et la perspective de la découverte d'un médicament miracle ou d'un vaccin créent une fausse sécurité. Ainsi, nous assistons présentement à un relâchement des comportements sécuritaires qui se traduit par une augmentation du nombre de cas d'infection au VIH et des infections transmissibles sexuellement (ITS). Comme l'infection au VIH n'est à déclaration obligatoire que depuis le 18 avril 2002, nous n'avons pas de données sur le nombre de cas déclarés. Selon Santé Canada, les nouvelles infections sont à la hausse ; une augmentation de 17 % du nombre de tests positifs a été observée au cours des deux années 2001 et 2002.

La chlamydiose génitale est la ITS à déclaration obligatoire la plus fréquente. Depuis 1996, nous observons une augmentation du nombre annuel de cas déclarés. Les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont les plus touchées. Dans notre région, 625 cas de chlamydiose génitale ont été déclarés en 2001 et 750 cas en 2002, soit une augmentation de 20 %. Parmi les conséquences des ITS, l'une des plus importantes est qu'elles facilitent la transmission du VIH.

1.5.3. La mortalité et la morbidité

L'espérance de vie de la population est de 77,7 ans, mais elle varie selon le sexe (81,3 ans pour les femmes et 74,1 ans pour les hommes) et selon le niveau socio-économique. L'impact de la défavorisation sur la mortalité prématurée est plus évident chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, les hommes de communautés moins favorisées socio-économiquement ont une espérance de vie de près de cinq ans inférieure à celle des hommes vivant dans des communautés plus favorisées. De plus, l'espérance de vie des hommes de la région est plus faible que celle des hommes du Québec (74,1 ans contre 74,9 ans).

Depuis les dix dernières années, on observe une diminution des taux de mortalité pour tous les groupes d'âge, sauf chez les 24 à 44 ans pour qui on observe une augmentation significative de 7 %, augmentation qui n'est pas observée au Québec.

Les principales causes de mortalité sont, par ordre d'importance, les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes non intentionnels. Notre région

présente une surmortalité par rapport au Québec pour deux causes : les traumatismes non intentionnels et le suicide. Le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est de 34,6 pour 100 000 comparativement à 26,2 pour 100 000 au Québec. Quant au suicide, le taux régional est de 24,9 pour 100 000, ce qui est nettement plus élevé qu'au Québec (19,8 pour 100 000) et place notre région au quatrième rang des régions sociosanitaires. Au Québec, comme ailleurs, près de 80 % des suicides complétés se produisent chez les hommes. Le suicide est devenu la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 39 ans avec près de 4 décès sur 10. Les femmes, elles, sont plus nombreuses que les hommes à tenter de s'enlever la vie. Ces excès de décès par traumatismes non intentionnels et par suicide expliquent en partie la plus faible espérance de vie des hommes de la région. Ces causes contribuent aussi aux écarts d'espérance de vie masculine observés entre les districts sociosanitaires de la région.

Quant aux causes d'hospitalisation, elles se répartissent de la façon suivante : les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil respiratoire, les tumeurs et, finalement, les traumatismes et empoisonnements.

1.6. En conclusion

D'importants progrès ont été enregistrés au cours des dernières années. On observe une diminution des taux de mortalité toutes causes ainsi que des gains significatifs dans certains secteurs qui ont fait l'objet d'interventions de prévention soutenues. Citons, à titre d'exemples, la diminution des blessures par accident de la route et du travail, ainsi que la baisse substantielle de l'usage du tabac chez les jeunes du secondaire. Par contre, on observe un recul dans d'autres domaines. La proportion de personnes présentant un excès de poids a augmenté considérablement. De plus, les taux de mortalité par traumatismes non intentionnels et par suicide demeurent plus élevés dans la région qu'au Québec.

Tant les gains observés que les retards ou pertes à rattraper doivent nous inciter à poursuivre les efforts convergents de prévention des dernières années. Il faut continuer et même accentuer les interventions sur les facteurs de risque modifiables et, aussi, travailler à éliminer les facteurs de défavorisation qui provoquent des écarts notables entre les communautés en termes de santé et d'espérance de vie.

Les fondements du plan d'action

Le Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 (PARSP) prend appui sur les fonctions de santé publique. De plus, sa mise en œuvre est guidée par des valeurs et des principes éthiques, des stratégies ainsi que des défis à relever.

2.1. Les fonctions de santé publique

Les fonctions de santé publique réfèrent aux rôles et aux tâches qui incombent à la santé publique. Elles sont inscrites dans la Loi sur la santé publique. Les fonctions essentielles de santé publique sont la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention et la protection. À ces fonctions s'ajoutent des fonctions de soutien.

La fonction surveillance permet d'évaluer l'état de santé et de bien-être de la population et de recueillir des données sur les déterminants de la santé afin d'informer la population et les décideurs.

La promotion de la santé et du bien-être inclut les actions « qui visent à influencer les déterminants de la santé pour permettre aux individus, aux groupes et aux communautés d'avoir une plus grande emprise sur leur santé par l'amélioration de leurs conditions et de leurs modes de vie[7] ».

La prévention se divise en trois niveaux d'action : la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire. La prévention primaire englobe les activités visant à réduire les facteurs de risque associés aux maladies, aux problèmes sociaux et aux traumatismes. La prévention secondaire vise à détecter les signes hâtifs des problèmes de santé ou psychosociaux. La prévention tertiaire, quant à elle, réfère aux interventions visant à limiter les incapacités. Ces dernières ne sont pas incluses dans le PARSP.

La protection de la santé réfère aux interventions des autorités auprès d'individus, de groupes ou de l'ensemble de la population en cas de menace réelle ou appréhendée pour la santé.

Les fonctions de soutien viennent appuyer l'exercice des fonctions essentielles. Il s'agit de la réglementation, législation et politiques publiques ayant des effets sur la santé, de la recherche et innovation ainsi que du développement et maintien des compétences.

2.2. Les valeurs et les principes

Puisque les décisions à prendre en santé publique concernent des personnes, qu'il s'agisse d'individus, de groupes ou de communautés, la pratique en santé publique se doit d'intégrer une dimension éthique. Celle-ci se fonde sur les valeurs et les principes décrits ci-dessous :

- **Le bien commun**
  Il s'agit du bien des groupes, des communautés, de toute forme de collectivité ou de la population en général.

- **La bienfaisance**
  Elle se traduit par l'obligation morale d'intervenir pour le bien de la population.

- **La non-malfaisance**
  Elle sous-entend l'obligation morale de ne pas nuire ni causer du tort aux autres.

7 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, p. 19.

- **L'autonomie**
  Elle se définit comme la reconnaissance de la capacité de l'être humain à faire ses propres choix de vie dans le respect et l'intégrité de sa personne.

- **Le respect de la confidentialité et de la vie privée**
  Il se réfère au fait que toute personne a le droit de définir, elle et elle seule, les aspects de sa vie privée qu'elle accepte de divulguer.

- **La responsabilité**
  Elle réfère à la responsabilité de l'État et des organismes envers le citoyen et à la responsabilité individuelle du citoyen envers la société pour défendre le bien commun.

- **La solidarité**
  Elle fait référence à l'empathie et à l'assistance de l'ensemble de la société dans la recherche de la santé et du bien-être ainsi qu'à l'engagement du citoyen à tolérer certains empiètements sur son autonomie.

- **La protection des individus, des groupes et des communautés vulnérables**
  Elle est étroitement liée à la solidarité sociale qui permet de prendre en compte les besoins particuliers de groupes de personnes qui présentent davantage de problèmes ou de facteurs de risque.

- **La justice**
  Elle implique une réponse impartiale aux besoins, en matière de santé et de bien-être, des personnes et des groupes au sein de la population. Elle suppose une recherche d'équilibre entre des mesures universelles pour tous et des mesures sélectives pour les personnes vulnérables.

« Les valeurs et les principes éthiques proposés marquent des orientations, des préoccupations, des attitudes à privilégier ou des règles à respecter. Le recours à ces valeurs et principes éthiques, dans un contexte de planification ou de pratique, favorise en effet la discussion et les débats lorsque s'opposent diverses convictions, options ou justifications tout aussi défendables les unes que les autres[8]. »

2.3. Les stratégies

L'approche écologique préconisée par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et décrite dans le document *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique* vise à agir sur les facteurs déterminants de la santé. Cette approche reconnaît que la santé des individus est influencée certes par les aspects biologiques, tels que l'âge et le sexe, les habitudes de vie et l'organisation du système de soins et de services, mais également par les facteurs relatifs aux réseaux familial et sociaux, aux particularités de l'environnement physique et au contexte socio-économique.

Le sexe est un facteur particulièrement déterminant dans le domaine de la promotion et de la prévention. Il influence grandement les habitudes et les conditions de vie ainsi que l'organisation des services sociaux et de santé et l'accès à ces services. De plus, la division sociale des rôles selon le sexe et les rapports sociaux entre les femmes et les hommes constituent des facteurs qu'il est essentiel de considérer. L'utilisation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est donc primordiale car elle permet d'élaborer des programmes qui tiennent compte des réalités spécifiques des femmes et des hommes et de mieux adapter les interventions auprès de la population en les rendant ainsi plus efficaces.

La connaissance de l'ensemble des facteurs déterminants de la santé a amené l'élaboration de stratégies pour agir avant que les problèmes ou la maladie ne surviennent. Ces stratégies, tirées du PNSP et de *La Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) en 1992, sont les suivantes :

- renforcer le potentiel des personnes ;
- soutenir le développement des communautés ;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- soutenir les groupes vulnérables ;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces ;
- soutenir la promotion et l'adoption de politiques, lois ou règlements en faveur de la santé.

8 Ibid., p. 21.

2.4. Quatre défis

À partir du portrait des principaux problèmes de santé et de bien-être de la population québécoise, le PNSP identifie quatre défis à relever au cours des dix prochaines années, à savoir :

- la diminution des problèmes psychosociaux ;
- la diminution de la mortalité prématurée évitable et des incapacités (ayant pour causes des maladies chroniques, des traumatismes non intentionnels et des troubles mentaux) ;
- l'atténuation des effets du vieillissement de la population ;
- la réduction des inégalités en ce qui concerne la santé et le bien-être.

Le portrait sociosanitaire de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec, détaillé au chapitre 1, fait ressortir un certain nombre de constats qui caractérisent plus particulièrement notre région et qui correspondent de façon générale à ces quatre défis. L'annexe 3 présente une illustration de l'application de l'analyse différenciée selon les sexes aux quatre principaux défis de santé publique.

Les cibles prioritaires régionales

En s'appuyant sur le portrait de santé et de bien-être de la région, sur la Loi sur la santé publique et en lien avec les stratégies et les défis du Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), cinq cibles prioritaires nous interpellent particulièrement et canaliseront nos efforts pour les trois prochaines années.

Les cinq cibles prioritaires[9] pour 2003-2012 sont les suivantes :

- le développement social et le développement des communautés ;
- le développement des enfants et des jeunes ;
- la réduction de la mortalité évitable[10] et des incapacités, principalement pour :
  - les maladies chroniques,
  - les traumatismes non intentionnels,
  - le suicide ;
- l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques ;
- la prévention et la vigilance face aux menaces de santé publique.

Les cibles prioritaires sont présentées de façon verticale par souci de clarté, mais il est primordial de considérer qu'elles sont interreliées. En effet, pour agir avec efficacité sur un problème de santé ou de bien-être, les actions en promotion et en prévention doivent souvent toucher l'ensemble des déterminants de la santé. Plus encore, le lien entre les déterminants sociaux et la santé et le bien-être est de plus en plus démontré. Mais, selon un rapport de l'Institute of medicine publié en 2000 « [...] plutôt que de cibler un nombre limité de déterminants de la santé et du bien-être, les interventions sur les facteurs comportementaux et sociaux devraient être liées à plusieurs niveaux d'influence, qu'ils soient individuels, interpersonnels, institutionnels, communautaires ou politiques. C'est donc non seulement le comportement individuel qui est la cible de l'intervention, mais aussi le contexte social dans lequel il évolue[11]. »

Prenons l'exemple de la prévention du suicide auprès des hommes. L'action priorisée dans la cible prioritaire régionale portant sur le suicide est la mise en place de réseaux de sentinelles auprès des hommes dans les milieux de travail, dans la communauté et en milieu scolaire. Mais, des actions priorisées à l'intérieur des autres cibles régionales permettent d'agir efficacement en prévention du suicide. Ainsi, des projets en développement social et en développement des communautés peuvent y contribuer en améliorant le tissu social, en créant des réseaux d'entraide et en améliorant les conditions d'emploi auprès des hommes. La mise sur pied d'une intervention globale en milieu scolaire visant, entre autres, l'augmentation des facteurs de protection (ex. : estime de soi et capacité de résolutions des problèmes) ainsi que la diminution de certains facteurs de risque associés au suicide (ex. : consommation d'alcool et de drogues) peut également y contribuer. Enfin, l'intégration de

9 La mise en œuvre de ces cibles prioritaires est tributaire des budgets actuels en santé publique et du financement futur provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux.

10 La réduction de la mortalité évitable sous-entend la réduction de la mortalité prématurée que l'on peut éviter par certaines actions.

11 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, INSPQ, 2002, p. 6.

la prévention dans la pratique clinique des médecins – visant la détection précoce des signes de la dépression et le traitement approprié – constitue aussi une activité en prévention du suicide auprès des hommes.

Pour chacune des cibles prioritaires régionales, des actions sont identifiées. Ces actions peuvent faire référence à des activités déjà réalisées dans notre région ou à des activités qu'il faudra consolider ou développer. Les codes suivants sont utilisés selon que nous disposons ou non de l'ensemble des ressources pour réaliser les activités :

- activités existantes à maintenir pour lesquelles nous disposons de l'ensemble des ressources ;
- activités existantes à consolider ;
- activités à mettre en place.

3.1. Le développement social et le développement des communautés

Il est certain que le développement social et le développement des communautés sont au cœur de la mise en œuvre de l'approche écologique de la santé décrite ci-haut et proposée dans le document *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique.*

Tel que défini par le Conseil de la santé et du bien-être et repris dans le cadre de référence : « Le développement social fait référence [...] au renforcement au sein des communautés, dans les régions et à l'échelle de la collectivité, des conditions requises pour permettre, d'une part, à chaque individu de développer ses potentiels, de pouvoir participer activement à la vie sociale et de pouvoir tirer sa juste part de l'enrichissement collectif, et d'autre part, [pour permettre] à la collectivité de progresser socialement, culturellement et économiquement dans un contexte où le développement économique s'oriente vers un développement durable, soucieux de justice sociale[12]. »

Le développement des communautés est, quant à lui, un « processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidants et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique[13] ». Le développement social et le développement des communautés sont donc intimement liés.

3.1.1. Une action sur la santé et le bien-être

Les déterminants sociaux de la santé sont de plus en plus reconnus comme ayant une influence majeure sur l'état de santé et de bien-être des personnes, puisque la santé est liée à la capacité physique, psychique et sociale de l'individu d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'il entend assumer. En ce sens, le développement social et le développement des communautés, en agissant sur les capitaux humain, économique, écologique, social et culturel par une stratégie globale, visent l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et des communautés. Cette stratégie globale est basée sur la participation des citoyens et des communautés, l'*empowerment*, la concertation, le partenariat, l'intersectorialité, la réduction des inégalités, l'harmonisation et la promotion des politiques publiques favorables à la santé ainsi que sur l'approche territoriale.

3.1.2. Un lien entre l'état de santé et les inégalités

La forte corrélation entre les mesures de l'état de santé de la population et l'ensemble des facteurs relatifs à la défavorisation (faible scolarité, inactivité économique, insuffisance de revenus et manque de soutien social) est désormais bien établie. Mais ce qui l'est maintenant de plus en plus, c'est que l'action sur ces facteurs n'est jamais aussi efficace que lorsqu'elle est menée de façon convergente par un ensemble d'acteurs issus de secteurs d'activité multiples. Il est ainsi indispensable de développer des relations intersectorielles significatives afin d'harmoniser les multiples programmes, politiques ou interventions destinés à réduire les inégalités de santé et de bien-être.

L'adoption en décembre 2002, par l'Assemblée nationale, de la Loi visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale confirme le caractère collectif des actions à mener. La contribution du réseau de santé publique à cet égard et en soutien au développement social et au développement des communautés a pour objectif non seulement la réduction des conséquences sociosanitaires de la pauvreté, mais aussi la

12 CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC, *Forum sur le développement social : Présentation de la démarche*, Québec, mars 1997, p. 6.

13 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, op. cit., p.16

réduction de la pauvreté à la source, compte tenu de ses impacts sociosanitaires négatifs.

3.1.3. L'approche territoriale intersectorielle

Depuis plus de trois ans, que ce soit par des ententes de collaboration ou des démarches de revitalisation et de développement durable, des actions intersectorielles variées et nombreuses ont eu cours dans les différents territoires de la région. Des résultats ont été observés et des attentes de soutien, variables selon les territoires, se sont manifestées. Par exemple, à certains endroits, des gens ont travaillé de façon prioritaire sur le transport collectif alors qu'ailleurs, ils ont privilégié le logement social, la sécurité dans les quartiers ou les interventions favorisant l'intégration vers l'emploi. D'autres territoires sont à l'étape de convenir d'un diagnostic partagé sur les problèmes et les forces de leur communauté. Il reste cependant beaucoup à faire et les résultats obtenus démontrent l'importance de poursuivre et d'accentuer les efforts tant sur le plan régional que local.

L'approche territoriale permet une meilleure participation de la population (les jeunes, les adultes et les aînés) ainsi qu'un mode de fonctionnement mieux adapté aux réalités locales. L'action portant sur le renforcement des communautés permet de soutenir des projets issus de ces communautés, ce qui facilite leur appropriation par les populations locales et leur intégration dans les pratiques en cours. Cette approche favorise donc la participation et suscite la prise en charge du développement par les citoyens eux-mêmes, contribuant ainsi au renforcement du tissu social dans les communautés. De cette solidarité créée peuvent alors surgir des projets visant le rapprochement intergénérationnel où, par exemple, le soutien aux familles favorise le partage du savoir sur l'éducation des enfants ou encore permet une certaine conciliation travail-famille.

De plus, pour maximiser l'impact de ces actions, il est essentiel de tenir compte des conditions de vie et des besoins différents des femmes et des hommes. Parce qu'elles sont globalement plus pauvres, plus souvent en situation de monoparentalité et plus représentées parmi les aînés, les femmes sont plus souvent isolées et généralement peu représentées au sein des structures de décision ou d'influence. Par contre, elles sont majoritaires à s'investir dans les relations d'aide auprès des membres de leur famille et des groupes les plus vulnérables. Ainsi, l'ensemble des actions visant le développement social et le développement des communautés doit notamment favoriser la participation des femmes et des aînés tout en s'assurant qu'ils aient l'opportunité d'exprimer et de faire connaître leurs besoins.

3.1.4. Les défis à relever

Si l'action intersectorielle est bien enclenchée dans les milieux, il reste que le sens de cette action, sa portée et ses limites ont sans cesse besoin d'être renouvelés.

Plusieurs défis attendent les personnes concernées par les actions visant l'amélioration des conditions de vie de leur milieu et de leur région. L'un de ces défis est de favoriser la convergence des approches axées sur les clientèles ou les problématiques et celles axées sur les territoires afin d'assurer une plus grande complémentarité entre elles. Un autre défi est lié à la fragilité relative des acquis en développement social. Beaucoup d'acteurs, notamment dans les sphères économique et municipale, pourraient apporter une contribution plus significative. Enfin, des instances institutionnelles qui étaient jusque-là davantage préoccupées par d'autres problématiques que la lutte contre la pauvreté et les inégalités s'y investissent depuis quelques années. Un dernier défi concerne donc la nécessité de surmonter les difficultés découlant de la méfiance que peut susciter une telle implication des instances institutionnelles.

Le PNSP confirme la légitimité de l'action de santé publique régionale et locale en soutien au développement des communautés. En s'inspirant de ce programme et à la lumière des actions récentes entreprises dans les milieux et les communautés, pour la période 2003-2006, les actions suivantes seront priorisées :

- soutenir les démarches de revitalisation et de développement des communautés dans les territoires de CLSC, intégrant de façon significative la lutte contre la pauvreté (N, R, L)[14] ;

14 Pour chacune des actions identifiées dans les chapitres suivants, apparaissent les mentions « N » pour une action nationale, « R » si elle fait référence à une contribution régionale ou « L » si une contribution locale est attendue. Même si ces mentions ne permettent pas d'estimer la mobilisation de ressources se rattachant à l'action, cette indication devrait faciliter l'élaboration des plans d'action locaux par les établissements à mission CLSC.

- poursuivre la contribution de la santé publique aux ententes de collaboration régionale en développement social (R) ;

- diffuser des informations relatives aux inégalités de santé et de bien-être au sein des communautés de même qu'aux initiatives pertinentes en cours ailleurs au Québec ou dans le monde (R) ;

- poursuivre ou consolider des projets de concertation intersectorielle locale en sécurité alimentaire visant la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains et nutritifs (R, L)[15].

3.2. Le développement des enfants et des jeunes

Le PNSP rappelle le fait suivant : « Malgré les progrès constatés au cours des dernières années, de nombreux problèmes sociaux et de santé continuent d'affecter ou de menacer le développement et l'adaptation sociale des enfants et des adolescents[16]. » Afin de prévenir la survenue de ces problèmes et de créer un environnement favorable aux jeunes, des actions de prévention seront poursuivies et accentuées à l'endroit des petits enfants (0 à 5 ans) et des jeunes (6 à 17 ans) en misant particulièrement sur la reconnaissance du rôle majeur des parents, des centres de la petite enfance, des milieux de garde, du milieu communautaire et du milieu scolaire.

3.2.1. La petite enfance (0 à 5 ans)

La période de la petite enfance est un moment crucial pour le développement sain d'une personne. Plusieurs événements lors de la grossesse et des premières années de vie peuvent avoir un impact majeur. Les conditions socio-économiques dans lesquelles évolue l'enfant constituent un déterminant de la santé particulièrement important. Les interventions visant la sécurité alimentaire de même que les programmes complémentaires *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et le *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) sont offerts aux familles en situation de vulnérabilité. Le programme NEGS est offert dans la région depuis 1997 et, en 2001-2002, 800 femmes, soit 45 % des 1 750 qui avaient été ciblées, ont été rejointes. Cependant, l'intensité des services offerts par les CLSC est moindre que ce qui est attendu par ce programme. Pour sa part, le PSJP, qui s'adresse aux femmes enceintes et aux mères de moins de 20 ans, est en implantation dans la région depuis 2002-2003 et on prévoit rejoindre l'ensemble de ces femmes dès 2003-2004. Il est également important de valoriser le rôle du père auprès de son enfant à l'intérieur des programmes et des activités destinés à la petite enfance.

En plus des programmes NEGS et PSJP, des activités de soutien au développement de l'enfant, particulièrement pour les enfants de 2 à 5 ans, sont offerts dans tous les territoires de CLSC depuis 1998. Ces activités impliquent une collaboration étroite avec les partenaires oeuvrant auprès de la petite enfance. Pour être efficaces, ces activités de stimulation précoce doivent également toucher les parents. De plus, étant donné les bénéfices associés à l'allaitement maternel, des activités de promotion sont en cours dans la région. Enfin, deux autres types de problème retiennent notre attention. Il s'agit des maladies évitables par l'immunisation et des blessures occasionnées au domicile, sur la route ou dans les terrains de jeux.

Tel qu'évoqué en introduction, il importe de rappeler que d'autres cibles contribuent à la mise en place de conditions favorables au développement des enfants et des jeunes et au soutien des familles. La cible prioritaire régionale portant sur le développement social et le développement des communautés en est un bel exemple.

Pour les trois prochaines années, les actions suivantes seront priorisées :

- établir le réseau *Amis des bébés* dans les services de maternité des centres hospitaliers et dans les CLSC comme principale mesure pour favoriser l'allaitement maternel (R, L) ;

- consolider NEGS et le PSJP (R, L) ;

- intégrer à NEGS et au PSJP les activités de prévention des blessures à domicile (R, L) ;

- consolider les activités de stimulation précoce à réaliser en étroite collaboration avec les parte-

15 Les organismes communautaires sont particulièrement touchés par cette action.

16 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, p. 35.

naires oeuvrant auprès de la petite enfance (R, L)[17] ;

- poursuivre les programmes d'immunisation reconnus (R, L).

3.2.2. L'enfance et la jeunesse (6 à 17 ans)

Outre le rôle fondamental du milieu familial et plus spécifiquement de l'implication des parents, le milieu scolaire joue un rôle important dans le développement des jeunes. La prévention des problèmes psychosociaux chez les jeunes et la promotion de saines habitudes de vie sont tributaires d'une collaboration étroite avec l'école, collaboration elle-même inscrite dans le maintien ou le développement de liens avec les familles et la communauté.

Les activités préventives ou de promotion de la santé visent l'atteinte d'objectifs spécifiques. À titre d'exemples, mentionnons les suivantes : réduction de la violence sous toutes ses formes incluant la violence dans les relations amoureuses, prévention du suicide et des infections transmissibles sexuellement, promotion de saines habitudes de vie (alimentation saine, arrêt du tabac, activité physique, consommation modérée d'alcool, etc.), prévention des grossesses non désirées, promotion de l'estime de soi et des rapports égalitaires entre les garçons et les filles, promotion d'habiletés personnelles et sociales, prévention de la toxicomanie et du décrochage scolaire. Ces activités ont toutes un dénominateur commun : la création d'un environnement favorable au développement des connaissances et des habiletés favorisant la santé et le bien-être du jeune, ainsi qu'au développement de modèles de rôles positifs. Celui-ci est soutenu par une approche globale centrée sur les familles.

La promotion d'écoles saines et sécuritaires s'appuiera d'abord sur les expériences de concertation les plus réussies pour la mise en œuvre de l'approche *Équipe école en santé* dans la région, puis sur les renseignements tirés du projet *Québec en forme* en cours à Trois-Rivières et, enfin, sur la nouvelle entente nationale récemment signée *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes – Entente de complémentarité entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation* (2003). Cette nouvelle entente est basée sur les orientations, valeurs et principes préconisés dans le programme national : l'enfant est agent de son développement, les parents en sont les premiers responsables, l'école y est conçue comme un milieu de vie et d'apprentissage et comme une constituante majeure de la communauté.

Pour les trois prochaines années, les actions suivantes seront priorisées :

- élaborer et implanter une intervention globale et concertée pour promouvoir la santé et le bien-être des enfants et des adolescents et pour prévenir différents problèmes d'adaptation sociale conformément à l'entente de collaboration entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation et en continuité avec l'approche *Équipe école en santé* (R, L) ;

- concevoir et organiser dans les écoles primaires et secondaires des activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (R, L) ;

- poursuivre les services préventifs individualisés en milieu scolaire à l'égard de la carie dentaire (dont l'application d'agents de scellement) et de la vaccination (R, L) ;

- maintenir et généraliser les services concernant la consultation en matière de sexualité du type clinique jeunesse et la contraception orale d'urgence ainsi que les services d'interruption volontaire de grossesse (R, L)[18].

3.3. La réduction de la mortalité évitable[19] et des incapacités

Les maladies chroniques, les traumatismes non intentionnels et le suicide occupent une place significative parmi les principales causes de mortalité et d'hospitalisation dans la région. Il importe de poursuivre et d'intensifier les efforts de prévention afin de réduire la mortalité évitable et les incapacités qui résultent de ces problèmes.

3.3.1. Les maladies chroniques

Le *Rapport du directeur de santé publique 2003 – Les habitudes de vie et les maladies chroniques en*

17 Ces activités devraient être réalisées dans le respect du *Cadre de référence en promotion/prévention – Volet : soutien au développement de l'enfant 0-5 ans, de sa famille et de ses milieux de vie.*

18 Ibid., p. 40.

19 La réduction de la mortalité évitable sous-entend la réduction de la mortalité prématurée que l'on peut éviter par certaines actions.

Mauricie et au Centre-du-Québec : Mieux comprendre pour mieux intervenir précise que les tumeurs et les maladies cardiovasculaires représentent à elles seules les deux tiers de l'ensemble des décès. Il rappelle l'importance de saines habitudes de vie et souligne que, malgré des gains substantiels, certaines tendances sont inquiétantes, notamment à l'égard de la sédentarité et de l'obésité. Les gains récents à l'égard du tabagisme demeurent, quant à eux, fragiles.

Il est désormais bien reconnu que l'on peut générer des bénéfices appréciables pour la santé à tous les moments de la vie par l'adoption de saines habitudes de vie. La modification des habitudes de vie ne peut reposer que sur la seule responsabilité des individus : elle doit être une responsabilité collective. Pour réduire le tabagisme et l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement et pour augmenter la consommation de fruits et de légumes et la pratique régulière de l'activité physique, il importe donc d'agir en privilégiant une approche globale et concertée, axée à la fois sur la personne et sur les milieux de vie.

Pour être efficaces, les actions de promotion doivent être pensées en tenant compte notamment des particularités des femmes et des hommes. Que ce soit au regard de l'usage du tabac, de l'alimentation ou de la pratique d'activités physiques, les femmes et les hommes ont généralement des motivations différentes pour l'adoption ou le maintien de leur comportement. Les jeunes filles, par exemple, fument de plus en plus et commencent plus tôt que les garçons ; il importe de comprendre les raisons qui les incitent à commencer à fumer ou qui les empêchent d'arrêter. L'excès de poids touche davantage les hommes, mais ce sont les femmes qui se préoccupent davantage de leur poids. On observe chez les femmes de 25 à 44 ans une importante diminution de la pratique d'activités physiques, mais c'est à cette période qu'elles ont des enfants tout en étant actives sur le marché du travail. Ainsi, les messages à transmettre et les actions à entreprendre peuvent être différents pour les femmes et pour les hommes. Il est essentiel de considérer les différences de valeurs ainsi que les rôles sociaux attribués à l'un ou l'autre des deux sexes.

Compte tenu de leur rôle majeur, il est aussi essentiel de promouvoir la collaboration du milieu scolaire, des milieux de travail et des municipalités. De plus, dans la poursuite du projet de recherche *Au cœur de la vie*, on doit favoriser des pratiques optimales de prise en charge des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, par l'intégration des pratiques préventives de counselling et de détection précoce aux soins de santé courants.

Signalons enfin que la région se situe au cinquième rang des régions du Québec quant à la participation des femmes de 50 à 69 ans au *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* (PQDCS). Ce programme doit être poursuivi en insistant sur l'amélioration de la qualité de l'ensemble de ses composantes.

Pour les trois prochaines années, les actions suivantes seront priorisées :

- développer des programmes intégrés et mettre sur pied des équipes en promotion de saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques dans les CLSC afin d'assurer l'intégration des pratiques cliniques préventives et des approches auprès des milieux de vie (R, L) ;

- promouvoir les pratiques cliniques préventives visant l'adoption de saines habitudes de vie et la détection précoce des maladies chroniques ou des facteurs de risque associés (R, L) ;

- intervenir dans des milieux scolaires, des milieux de travail, des municipalités et des milieux de vie et de loisir des aînés pour maintenir ou créer des milieux favorables aux saines habitudes de vie (R, L) ;

- poursuivre le PQDCS (R, L).

3.3.2. Les traumatismes non intentionnels

En Mauricie et au Centre-du-Québec, pour la période de 1994 à 1998[20], on a dénombré 173 décès par traumatismes non intentionnels incluant les accidents de véhicule à moteur et les chutes accidentelles. Dans le premier chapitre, nous avons fait état de la surmortalité qui affecte la région comparativement au Québec. Des actions sont en cours afin de prévenir les blessures à domicile, tant chez les jeunes que chez les aînés. La prévention des chutes à domicile chez les aînés demeure une activité à poursuivre. La pratique régulière de l'activité physique, qui constitue un facteur de protection, doit être intégrée aux programmes

20 INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, INSPQ, Les publications du Québec, 2001, p. 347.

visant la prévention des chutes à domicile.

Pour les trois prochaines années, les actions suivantes seront priorisées :

- poursuivre l'intégration de l'utilisation de la trousse R.A.P.P.I.D.+ aux programmes NEGS et PSJP, afin de prévenir les blessures à domicile des jeunes enfants (R, L) ;
- poursuivre le projet pilote de prévention des blessures à domicile chez les personnes âgées (R, L) ;
- poursuivre les activités de prévention des chutes à domicile chez les aînés en y intégrant des activités de promotion de l'activité physique (R, L) ;
- favoriser l'aménagement sécuritaire des aires de jeu et de loisir dans les cours d'école et les municipalités (R, L) ;
- poursuivre la promotion de l'utilisation d'équipements de sécurité (dispositif de retenue pour enfants dans les voitures, casque de vélo, ceinture de sécurité) (R, L) ;
- produire et diffuser le rapport du directeur de santé publique concernant l'évolution des traumatismes non intentionnels et ajuster, au besoin, les actions préventives (R).

3.3.3. Le suicide

Le suicide est un problème très préoccupant de santé publique. Au Québec, le taux de mortalité par suicide est de 19,8 par 100 000 personnes comparativement au taux canadien de 13,5 pour 100 000 et au taux mondial de 16 par 100 000 personnes. Le Québec a connu une augmentation du taux de mortalité par suicide de 1996 à 1999 ; il est la seule province qui a vu son taux augmenter. Dans notre région, quelque 115 personnes s'enlèvent la vie chaque année et plus de 2 000 personnes commettent une tentative de suicide.

Le Québec se distingue aussi des autres pays industrialisés par ses taux élevés de suicide chez les plus jeunes, particulièrement chez ceux de 15 à 19 ans. Depuis le début des années 1990, on observe une progression des suicides chez les jeunes âgés de 10 à 14 ans. Les jeunes qui vivent des placements dans les familles d'accueil ou en centres de réadaptation courent plus de risques de se suicider.

Le suicide est un phénomène complexe qui ne se limite pas à une seule explication. Il est déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs individuels, familiaux, sociaux et circonstanciels. Les personnes souffrant de troubles mentaux – incluant la dépression – celles faisant abus d'alcool et de drogues et particulièrement celles ayant déjà fait une tentative de suicide, sont à risque élevé de suicide. Les pertes et les échecs significatifs, la violence sous toutes ses formes, les abus sexuels, la délinquance, l'isolement social, les conditions économiques difficiles et d'autres problèmes reliés aux milieux familiaux et sociaux dysfonctionnels constituent des facteurs de risque de suicide. Par ailleurs, l'amélioration des habiletés sociales des enfants et des habiletés éducatives des parents, l'estime de soi et le contrôle personnel constituent des facteurs de protection et peuvent prévenir certains comportements à risque.

Une approche globale auprès des groupes à risque sur l'ensemble des facteurs individuels et familiaux et sur les milieux de vie est déterminante. Agir en amont, c'est-à-dire avant l'apparition de la détresse psychologique et des idéations suicidaires, par des activités de promotion des facteurs de protection et de développement des communautés, est une avenue incontournable dans la lutte contre le suicide. Les programmes NEGS, *Fluppy* ou les programmes globaux de type *École saine et sécuritaire* en sont des exemples. Toutes les initiatives visant la prévention des facteurs de risque (en particulier les troubles mentaux, l'abus de substances et les environnements dysfonctionnels) doivent être soutenues et vues comme faisant partie intégrante de la prévention du suicide. Il en est de même pour les activités de pratique médicale préventive qui visent le diagnostic précoce de la dépression et le traitement approprié. Les stratégies visant le contrôle de l'accès aux moyens pour se suicider sont aussi à consolider puisque leur efficacité à diminuer les taux de suicide a été démontrée.

L'identification précoce des personnes à risque par la mise en place de réseaux de sentinelles est une autre avenue retenue. Un réseau de sentinelles est constitué de personnes formées et soutenues pour reconnaître les personnes suicidaires et les diriger vers les ressources d'aide appropriées. Les sentinelles peuvent

jouer un rôle auprès des personnes difficiles à rejoindre ou qui n'utilisent pas les services offerts.

Finalement, la disponibilité et l'accessibilité à des services de qualité et appropriés doivent être assurés pour les personnes à risque, pour celles souffrant de détresse psychologique et d'idéations suicidaires, pour les personnes ayant tenté de se suicider ainsi que pour leurs proches.

D'ici 2006, l'objectif visé est de réduire le nombre de tentatives de suicide et de suicides. La mise en œuvre des actions contenues dans le document régional intitulé *Cibles d'actions prioritaires 2003-2005 : Réduire le nombre de décès par suicide en Mauricie et au Centre-du-Québec* et qui visent l'amélioration des services pour les personnes suicidaires et leurs proches, y contribuera. Deux des quatorze cibles d'action retenues dans ce document sont des activités de promotion et de prévention primaire et secondaire, à savoir :

- « soutenir le développement des programmes de promotion et de prévention, particulièrement chez les jeunes, qui favorisent les facteurs de protection tels que l'estime de soi, le *coping*, les habiletés sociales et le contrôle personnel[21] » ;

- « mettre en place dans tous les districts sociosanitaires des programmes reconnus efficaces pour intervenir auprès des groupes où les risques de suicide sont les plus élevés, les hommes étant particulièrement visés[22] ».

Des actions prévues par d'autres cibles prioritaires régionales du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* contribuent à l'atteinte de ces deux cibles d'action.

En plus de ces actions, pour les trois prochaines années, les activités suivantes seront priorisées :

- mettre en place des programmes de type réseaux de sentinelles destinés à l'identification précoce des jeunes, des adultes et des aînés à risque, en milieu scolaire, en milieu de travail et dans la communauté (R, L) ;

- produire et diffuser le rapport du directeur de santé publique sur la prévention du suicide (prévu pour l'automne 2004) et assurer la mise en place des activités préventives qui y seront décrites (R).

3.4. L'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques

Le PNSP identifie un ensemble de pratiques cliniques préventives répondant aux exigences des groupes de consensus qui fondent leurs recommandations sur la qualité des preuves scientifiques. Les pratiques cliniques préventives réfèrent aux activités de counselling, de dépistage, de détection précoce, de chimioprophylaxie et de vaccination qui peuvent être réalisées par un professionnel de la santé. Étant donné l'influence que peut exercer un professionnel de la santé sur le comportement des personnes qui le consultent, l'intégration ou la consolidation de ces pratiques dans le cadre d'une consultation avec un professionnel de la santé, qu'il soit médecin, infirmière, dentiste, diététiste, travailleur social, physiothérapeute, pharmacien ou autres, doit être favorisée. En dépit des évidences sur l'efficacité des interventions de prévention effectuées dans le cadre de consultations courantes en santé physique et psychosociale, plusieurs études démontrent une très faible intégration de ces pratiques par les intervenants en santé, plus particulièrement par les médecins.

Dans notre région, l'intégration de la prévention dans les activités cliniques préventives doit cependant tenir compte de la relative pénurie des effectifs médicaux et du contexte de réorganisation de services médicaux de première ligne. D'une part, il faudra être particulièrement imaginatifs dans l'optimisation de la contribution de tous les professionnels de la santé, entre autres, par l'utilisation des possibilités offertes par la nouvelle Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (2002, C. 33). D'autre part, concernant l'intégration de la prévention dans la pratique des médecins, nous favorisons une collaboration étroite entre le Département régional de médecine générale (DRMG) et la Direction de santé publique sur le plan régional et, entre la table médicale territoriale, les groupes de médecine de famille et les établissements à mission CLSC, sur le plan local. Le même type de

21 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Cibles d'action prioritaires 2003-2005 : Réduire le nombre de décès par suicide en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003, p. 40.

22 Loc. cit.

préoccupation d'intégration s'étend également aux activités préventives exercées par les professionnels oeuvrant sur des problématiques psychosociales.

Pour les trois prochaines années, l'implantation des pratiques cliniques préventives suivantes sera priorisée :

- poursuivre les activités de counselling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique et l'utilisation de fluorure (par le brossage des dents ou la prise de suppléments fluorés) (R, L) ;
- mettre en place les activités cliniques visant la prévention du suicide (R, L) ;
- s'assurer de la détection précoce et de la prise en charge par les cliniciens des personnes atteintes des maladies chroniques suivantes : cancer du sein, cancer du col utérin (par le test de Papanicolaou) et hypertension artérielle chez les adultes et les aînés (R, L).

3.5. La prévention et la vigie sanitaire face aux menaces de santé publique

Inquiétude à l'égard de la centrale nucléaire, verglas, crise de l'eau potable suite à l'épidémie à Walkerton, épidémie de méningites à méningocoque, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), etc. Les événements des dernières années ont amené le réseau de la santé et ses partenaires à mieux s'organiser pour faire face aux menaces appréhendées. À cet effet, la Loi sur la santé publique est venue confirmer le rôle d'autorité régionale exercé par le directeur de santé publique. L'article 12 de cette loi prévoit : « Le plan d'action régional doit comporter un plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire, lorsque le directeur de santé publique en a besoin pour effectuer une enquête épidémiologique ou pour prendre les mesures qu'il juge nécessaires pour protéger la santé de la population lorsqu'elle est menacée. » Ce plan de mobilisation, reproduit à l'annexe 4, a déjà fait l'objet d'une consultation suite à l'épisode d'éclosion du SRAS à l'hiver 2003.

3.5.1. La santé et l'environnement

Outre les problèmes de santé reliés à la contamination chimique, physique ou biologique des sols, de l'air et de l'eau décrit dans le PNSP, la présence d'une centrale nucléaire (Gentilly-2) dans notre région a amené le développement d'une expertise de santé publique relative au risque nucléaire. Depuis plusieurs années, la Direction de santé publique participe activement à la planification des mesures d'urgence en étroite collaboration avec l'organisation régionale de sécurité civile et l'ensemble des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

La présence d'un important parc industriel a aussi favorisé le développement d'une expertise en santé environnementale reliée à la surveillance et à la gestion des risques industriels majeurs. La santé publique collabore étroitement avec l'organisation régionale de sécurité civile ainsi qu'avec la Ville de Bécancour, compte tenu de son intérêt à développer une réponse d'urgence optimale. On sait par ailleurs que plusieurs municipalités ou MRC de la région, dans le contexte de la nouvelle Loi sur la sécurité civile et suite à la crise du verglas de 1998, ont entrepris des travaux pour optimiser leur capacité à répondre en situation d'urgence. Notons aussi que ces dernières années, le nouveau règlement sur l'eau potable a entraîné une recrudescence des activités de santé publique associées à la surveillance de la qualité de l'eau. Enfin, signalons qu'outre Info-Santé, seule l'équipe régionale de santé et environnement assure la réponse professionnelle sur les problématiques environnementales, puisqu'aucune ressource locale n'est dédiée à cette fonction.

3.5.2. La santé au travail

En milieu de travail, des actions de santé publique régionales et locales sont réalisées pour protéger la santé des travailleurs dans le cadre du contrat qui lie la Commission de la santé et de la sécurité du travail au réseau de la santé et des services sociaux, et ce, en conformité avec la Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., chapitre S-2.1). Au sens de cette loi, on dénombre dans la région 17 000 établissements regroupant près de 171 000 travailleurs. Annuellement, les équipes de santé au travail rejoignent près de 800 établissements totalisant environ 40 000 travailleurs, soit près de 25 % de la main d'œuvre active. Les activités réalisées concernent la surveillance de l'état de santé des travailleurs ainsi que l'intervention préventive réalisée en association étroite avec l'employeur et les travailleurs avec un souci particulier de

vigilance et d'intervention si la santé des travailleurs est menacée.

3.5.3. Les maladies infectieuses

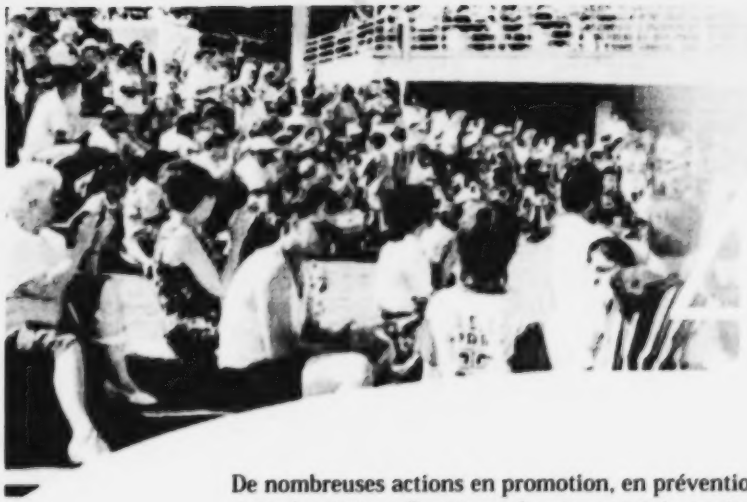
Environ 1 600 déclarations obligatoires de maladies (MADO) sont traitées chaque année par l'équipe régionale de maladies infectieuses, soutenue par l'intervention des infirmières des établissements à mission CLSC. Les actions de prévention et de contrôle face aux menaces de nature infectieuse sont associées à d'autres actions de nature préventive ou de promotion de la santé, notamment l'immunisation et la prévention des infections transmissibles sexuellement.

3.5.4. Les actions prioritaires pour les situations de menace à la santé publique

Pour les trois prochaines années, afin de consolider l'intervention en situation de menace à la santé publique, les actions suivantes seront priorisées :

- contribuer à la mise en œuvre du plan des mesures d'urgence face aux risques industriels incluant le nucléaire (R) ;
- consolider la réponse aux demandes de la population à l'égard des risques environnementaux à la santé par une mise en réseau DSP/CLSC plus étroite (R, L) ;
- intégrer, par une mise en réseau DSP/CLSC, des activités de promotion de la santé et des pratiques préventives efficaces en matière de santé environnementale dans les interventions réalisées auprès des clientèles cibles, des milieux et des partenaires locaux (R, L) ;
- renforcer le système de surveillance en maladies infectieuses, en santé environnementale et en protection des travailleurs (R, L) ;
- consolider la mise en réseau DSP/CLSC concernant les enquêtes épidémiologiques et les interventions de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (R, L) ;
- consolider les activités préventives à l'égard des infections transmissibles sexuellement, du VIH/sida et du virus de l'hépatite C (R, L)[23] ;
- mettre en place les services intégrés de dépistage du VIH/sida, du VHC et des ITS (R, L) ;
- mettre en place l'intervention préventive auprès des partenaires d'une personne qui a contracté une ITS soit, une chlamydiose génitale, une syphilis infectieuse et une infection gonococcique (R, L).

23 Inclut l'ensemble des activités comprises dans le *Plan d'action régional VIH/sida et MTS 2001-2004.*



Les autres actions de santé publique

De nombreuses actions en promotion, en prévention et en protection sont actuellement réalisées dans la région. Certaines de ces activités avaient été priorisées en 1996 lors de l'exercice menant à la transformation du réseau que l'on retrouve dans le document intitulé La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs : Décisions 1996. La grande majorité de ces activités sont à maintenir puisqu'elles sont reconnues efficaces et inscrites au Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP). Ces actions viennent s'ajouter à celles visées par les cinq cibles prioritaires régionales. Bien que la majorité de ces actions soient à consolider ou à développer, il demeure que les efforts de développement seront davantage centrés sur les cibles prioritaires régionales.

4.1. La petite enfance (0 à 5 ans)

Les actions à maintenir pour les trois prochaines années auprès des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans seront les suivantes :

- promouvoir et soutenir des pratiques cliniques préventives destinées aux mères et aux jeunes enfants (R, L) :
  - prise d'une dose suffisante d'acide folique par les femmes en âge de procréer,
  - recherche de cas et counselling sur la consommation d'alcool auprès des femmes enceintes,
  - dépistage de la rubéole et de l'hépatite B chez les femmes enceintes,
  - dépistage de la colonisation par le streptocoque du groupe B chez les femmes enceintes,
  - dépistage systématique de la phénylcétonurie et de l'hypothyroïdie congénitale auprès des nouveau-nés,
  - recommandation par les médecins aux familles défavorisées de bénéficier des visites à domicile durant la période périnatale et la petite enfance ;
- poursuivre les activités réalisées dans le cadre du *Programme d'action communautaire pour les enfants* (PACE), contribution régionale (R, L) ;
- poursuivre les activités du programme *Y'a personne de parfait* (Y'APP) (R, L) ;
- implanter la vaccination des jeunes contre les infections à pneumocoque (R, L).

Les services d'aide pour les familles vivant une séparation ou une recomposition ne font pas partie des activités identifiées dans le PNSP. Un état de situation suivra et la décision de maintenir ou non ces activités sera déterminée pour l'année financière 2004-2005.

4.2. L'enfance et la jeunesse (6 à 17 ans)

Les actions à maintenir auprès des jeunes de 6 à 17 ans pour les trois prochaines années seront les suivantes :

- mettre en œuvre des interventions visant le développement des habiletés sociales des enfants (programme expérimental de Montréal *Fluppy*) dans les milieux scolaires primaires défavorisés (R, L) ;

- participer aux campagnes de communication sociétales portant sur la promotion des habiletés personnelles et sociales des enfants et des adolescents et sur la prévention des problèmes psychosociaux qui les affectent tels que la violence, les agressions sexuelles et les problèmes de santé mentale (N, R) ;

- poursuivre les activités de prévention de la violence sexuelle et de la violence envers les pairs et dans les relations amoureuses (R, L) ;

- poursuivre les activités de vaccination contre l'influenza et les infections à pneumocoque des jeunes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) (R, L) ;

- implanter la vaccination des jeunes contre la varicelle.

4.3. Les adultes (18 à 64 ans)

Les actions à maintenir auprès des adultes pour les trois prochaines années seront les suivantes :

- poursuivre les activités prévues dans l'entente MSSS–CSST portant sur la réduction et la surveillance de l'exposition professionnelle à des agents biologiques, physiques et chimiques (R, L) ;

- soutenir les cliniciens pour qu'ils décèlent le moindre signe de violence conjugale chez les adultes ainsi que tout autre abus dont seraient victimes ces personnes (R, L) ;

- participer aux campagnes de communication sociétales à l'intention des adultes portant sur la prévention de la violence conjugale et des agressions sexuelles (N, R) ;

- poursuivre les activités de vaccination contre l'influenza et les infections à pneumocoque des adultes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le PIQ (R, L).

4.4. Les aînés (65 ans et plus)

Pour les trois prochaines années, les actions suivantes auprès des aînés seront maintenues :

- poursuivre la vaccination contre le virus de la grippe et contre les infections à pneumocoque (R, L) ;

- mettre en œuvre le *Programme de prévention des chutes* avec adaptation du domicile (R, L) ;

- promouvoir et soutenir des mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux aînés à risque, notamment ceux qui ont déjà fait une chute (R, L) ;

- soutenir le réseau régional *Viactive* de Kino-Québec (R, L).

4.5. L'ensemble de la population

Certaines activités touchent l'ensemble de la population ou plusieurs groupes d'âge. Les actions à maintenir pour les trois prochaines années seront les suivantes :

- encourager les municipalités à adhérer ou à poursuivre leur adhésion au *Réseau québécois des Villes et Villages en santé* (R, L) ;

- favoriser auprès des municipalités les mesures optimales de fluoration (R) ;

- collaborer à la définition et à la mise en œuvre de mesures visant la régulation de la circulation et l'aménagement des intersections (N, R, L) ;

- réviser la *Politique québécoise en matière de nutrition* (1977) et les *Orientations en matière d'alimentation dans le milieu scolaire* (1988) et leur mise en œuvre (N, R, L) ;

- participer aux campagnes de communication axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie (0 tabac, 5 fruits et légumes par jour, 30 minutes d'activité physique par jour) (N, R) ;

- poursuivre les activités de santé environnementale en cours et identifiées dans le PNSP (R) ;

- promouvoir le processus de déclaration des cas d'intoxication à déclaration obligatoire d'origine environnementale, notamment pour ce qui est du monoxyde de carbone ou des pesticides, et conduire les enquêtes épidémiologiques lorsque de tels cas sont déclarés (N, R, L) ;

- poursuivre les activités de promotion, de prévention et de protection actuellement en cours dans le domaine des maladies infectieuses et identifiées dans le PNSP (R, L) ;

- mettre en place un plan de promotion de la vaccination (N, R, L) ;

- définir des stratégies de vaccination contre la coqueluche, l'hépatite B et l'influenza (N, R) ;

- mettre en place un système d'information vaccinale afin que les personnes puissent être inscrites dans le registre de vaccination prévu au chapitre VII de la Loi sur la santé publique (N, R, L) ;

- implanter la gestion des produits immunisants, particulièrement au moyen d'un système informatisé, pour s'assurer de la qualité de ces produits (N, R, L) ;

- promouvoir des comportements préventifs par la sensibilisation de la population aux conséquences du VIH/sida, du VHC et des ITS (N, R, L) ;

- connaître l'épidémiologie régionale concernant les infections nosocomiales, diffuser les recommandations et les guides de prévention concernant ces infections et définir des moyens pour faciliter l'application de ces recommandations (N, R, L) ;

- poursuivre les interventions préventives visant la réduction des risques associés à la consommation de drogues et d'alcool (R, L) ;

- sensibiliser les ministères et les organismes publics ou privés aux effets négatifs sur la santé associés aux mesures qui augmentent l'accessibilité économique, légale et physique à l'alcool (N, R) ;

- promouvoir et augmenter l'accessibilité aux traitements de substitution à l'intention des usagers de substances psychotropes (N, R ,L) ;

- soutenir les tables de concertation en toxicomanie et jeu pathologique dans l'implantation d'activités en promotion et en prévention (R, L) ;

- organiser des activités de sensibilisation aux risques que représentent les médicaments et les armes à feu gardées à la maison ainsi qu'aux mesures pour en limiter l'accès et, de plus, favoriser la concertation avec les partenaires du réseau et ceux des autres secteurs afin de faire diminuer la tolérance par rapport au suicide et la banalisation de ce problème (N, R, L) ;

- sensibiliser le grand public et les professionnels de la santé et des services sociaux aux signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs et diffusion d'information sur les activités et les services qui sont offerts (N, R) ;

- former les médecins concernant la détection de signes avant-coureurs des troubles anxieux et dépressifs et le traitement (R, L).

5 L'amélioration continue de l'action en santé publique

La surveillance continue de l'état de santé de la population et l'évaluation des actions du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 (PARSP) permettront, chacune selon ses caractéristiques propres, d'éclairer les décideurs, les intervenants et la population sur les problèmes de santé et de bien-être prioritaires et sur les actions à poursuivre et à développer pour réduire ces problèmes.

5.1. La surveillance

La surveillance continue de l'état de santé de la population fait partie des quatre fonctions essentielles de santé publique. Elle a pour finalité d'informer la population de son état de santé. Elle doit fournir le meilleur éclairage possible pour soutenir la prise de décision au regard des cibles d'action en vue du maintien ou de l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

5.1.1. Les composantes de la surveillance

D'après les articles 33 et 34 de la Loi sur la santé publique[24], la fonction surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants consiste à :

- dresser un portrait global de l'état de santé de la population ;
- observer les tendances et variations temporelles et spatiales ;
- détecter les problèmes en émergence ;
- identifier les problèmes prioritaires ;
- élaborer des scénarios prospectifs de l'état de santé de la population ;
- suivre l'évolution au sein de la population de certains problèmes spécifiques de santé et leurs déterminants.

La fonction de surveillance s'exerce en partenariat entre les niveaux national et régional. De plus, la Loi stipule que le ministre et les directeurs de santé publique auront chacun à élaborer des plans de surveillance de l'état de santé qui devront être soumis respectivement à la Commission d'accès à l'information.

Cette fonction est déjà bien organisée au sein des activités de santé publique depuis plusieurs années.

Dans le cadre du PARSP, l'actualisation de certaines précisions de la nouvelle Loi sur la santé publique amène le directeur régional de santé publique à maintenir ou à consolider les actions déjà en cours et, aussi, à mettre en place certaines activités nouvelles de surveillance.

5.1.2. L'actualisation de la surveillance

Les activités de surveillance concernent principalement la collecte, le traitement et l'analyse de données ainsi que la diffusion de l'information. Qu'il s'agisse de la poursuite de travaux de surveillance en cours, de la consolidation d'activités déjà existantes ou d'activités à mettre en place, il est prévu de :

24 GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Loi sur la santé publique (Loi n°36)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2001.

- décrire et analyser l'état de santé et ses déterminants de façon continue à l'aide des différentes sources de données disponibles (R) ;
- mener les analyses pertinentes sur des problèmes prioritaires ou en émergence (R) ;
- poursuivre la cartographie des inégalités de santé et de bien-être (R) ;
- produire et diffuser le rapport du directeur de santé publique sur l'état de santé de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec (R)[25] ;
- élaborer et actualiser le plan régional de surveillance de l'état de santé de la population qui intègrera tous les domaines du programme de santé publique (R)[26] ;
- participer au rapport du directeur national de santé publique sur l'état de santé de la population du Québec (R) ;
- mener, lorsque cela est nécessaire, des analyses prospectives sur l'évolution de certains problèmes ou situations particulières (R) ;
- diversifier les modes de diffusion des rapports d'analyse sur l'état de santé en les adaptant aux différents publics cibles (R).

5.2. L'évaluation

L'approche d'évaluation privilégiée dans le PARSP s'inscrit en conformité avec l'orientation en évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) de même qu'avec le document *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique* produit en 2002. Le choix privilégié se fonde sur une approche participative dans une perspective d'amélioration continue de l'action de santé publique.

Ainsi, l'information issue de l'évaluation est utilisée pour décider et procéder aux ajustements nécessaires à une plus grande efficacité ou efficience en cours de réalisation du PARSP. Dès lors, un retour régulier d'information auprès des acteurs devient essentiel à la qualité des ajustements et à la collaboration des milieux concernés. L'information obtenue par l'évaluation ne sert donc pas à sanctionner, mais devient plutôt un moyen d'identifier les ajustements requis par une approche d'amélioration continue.

Cette approche a pour principaux avantages de favoriser l'utilisation optimale des résultats et leur appropriation par les acteurs concernés, d'obtenir une plus grande qualité de l'information recueillie en termes de validité et de fiabilité et d'enrichir la qualité de l'analyse par la mise en contexte et l'interprétation de l'information. Elle exige toutefois le développement d'une relation de confiance mutuelle concernant l'utilisation de l'information, la transparence dans les décisions et les processus de même que le respect des rôles et des responsabilités. Cette approche pose enfin le défi de soutenir l'action, sans la ralentir par des mécanismes de collaboration et de participation trop lourds. Cette approche devrait répondre aux besoins formulés par les personnes des CLSC rencontrées lors des travaux préparatoires à l'élaboration du PARSP.

5.2.1. Les champs d'évaluation

L'évaluation du PARSP couvre deux champs d'activité : l'appréciation administrative comprenant les activités de reddition de comptes et les activités de suivi de gestion, ainsi que les projets d'évaluation (recherche, analyses).

5.2.1.1. La reddition de comptes

La reddition de comptes[27] du PARSP est sous la responsabilité du directeur de santé publique. Cette responsabilité lui incombe puisqu'elle est imputable de la réalisation et de l'atteinte des résultats du PARSP face à l'Agence, à la Direction de santé publique et aux instances du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La Direction de santé publique assume le leadership de l'ensemble du processus de reddition de comptes et s'assure de posséder l'information nécessaire afin de

25 Un premier rapport portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques a été diffusé à l'automne 2003. Un autre portant sur le suicide est en préparation pour l'automne 2004.

26 L'annexe 5 présente le tableau synthèse des classes d'objets de surveillance du *Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants* – version préliminaire du 28 octobre 2003.

27 La reddition de comptes est associée à la notion d'imputabilité. Cette appréciation descriptive consiste en un suivi annuel par indicateur servant à mesurer des écarts entre les cibles et le niveau de réalisation, et ce, tant sur la structure, les processus que les résultats.

traduire le plus fidèlement les résultats atteints dans chaque territoire en fonction des différentes réalités. Pour ce faire, une contribution des CLSC est requise à trois niveaux (voir annexe 6 pour plus de précision) :

- avis sur le choix des indicateurs dans leur capacité à rendre compte de la réalité vécue dans la production des services ;
- participation à l'amélioration de la qualité des données ;
- participation à documenter les écarts observés.

Étant donné le choix limité d'indicateurs, la reddition de comptes apporte une lecture partielle de la réalité de l'organisation et de la prestation de services. L'information recueillie est donc insuffisante pour servir de moteur de changement tel que recherché dans le cadre de l'amélioration continue. Elle sera donc complétée du suivi de gestion.

5.2.1.2. Le suivi de gestion

Le suivi de gestion[28] vise l'accès à une information plus complète afin de connaître le fonctionnement, l'évolution et les dynamiques présentes dans la production de services.

Le suivi de gestion implique une charge de travail plus importante. Les actions du PARSP faisant l'objet d'un tel suivi sont donc choisies en fonction de leur pertinence et de la valeur ajoutée par la collecte de cette information (ex. : implantation d'un service, développement de pratiques, résolution de problèmes importants dans l'organisation de services).

L'approche participative inscrit le suivi de gestion sous un mode d'échanges réguliers avec les acteurs dans une attitude de mise à profit des diverses compétences. Ainsi, ces échanges favorisent la concrétisation des changements attendus par des ajustements permettant l'amélioration de l'action et par la résolution de problèmes. Dès lors, la Direction de santé publique agit comme un agent de changement, un multiplicateur pour l'identification de solutions pertinentes tant au plan local, régional que provincial. Elle coordonne les activités de suivi de gestion en étroite collaboration avec les partenaires concernés.

L'engagement des CLSC à contribuer au suivi de gestion constitue un facteur essentiel afin de s'inscrire dans une perspective d'amélioration continue des actions.

5.2.1.3. Les projets d'évaluation

À la lecture des informations issues de la reddition de comptes ou des suivis de gestion ou encore de la pratique, certaines questions peuvent émerger. Celles-ci nécessitent la recherche d'une compréhension approfondie ou des explications sur des éléments de l'organisation ou de la production de services. Des projets particuliers en évaluation permettent de répondre à ces questions émergentes.

Les projets d'évaluation requièrent habituellement un investissement de ressources plus important ainsi qu'une disponibilité de ressources humaines spécialisées en évaluation. L'énergie nécessaire à leur réalisation en limite le nombre, d'où l'importance que de tels projets répondent à des questions jugées prioritaires. La recherche de financement des projets d'évaluation dans le cadre de l'amélioration des actions du PARSP constitue la responsabilité de la Direction de santé publique. Il lui revient donc de déterminer et de mettre en place un processus de priorisation des besoins de projets, processus auquel les acteurs doivent contribuer. Les projets d'évaluation retenus se réalisent en partenariat avec les milieux ou acteurs concernés.

5.2.2. Le retour d'information vers les acteurs

Dans une approche participative pour une amélioration continue, le retour d'information issue de l'évaluation est essentiel. Ce retour se fait le plus régulièrement possible afin de favoriser l'appropriation et l'utilisation des résultats de l'évaluation en cours de réalisation du PARSP.

Les moyens et les produits de diffusion se doivent d'être adaptés aux besoins des acteurs et, pour ce faire, prennent des formes telles que des échanges, des bilans, des colloques, des présentations territoriales, etc.

Dans tous les cas, indépendamment des types d'évaluation, les premiers informés sont les acteurs

28 Le suivi de gestion est un suivi continu et régulier se réalisant à une fréquence plus rapprochée que la reddition de comptes. Il sert à connaître et à documenter de façon organisée le fonctionnement et l'évolution des services pour lesquels des préoccupations portent particulièrement sur l'implantation, l'innovation, la pertinence et la résolution de problèmes.

concernés par les cibles mesurées. Ainsi, par exemple, les indicateurs servant à une reddition de comptes alimentée essentiellement par les données du système d'information *Intégration CLSC* sont d'abord présentés aux différents CLSC.

5.2.3. Le cadre d'évaluation

C'est en fonction de l'approche décrite précédemment et d'un cadre de référence plus théorique que sera élaboré le cadre d'évaluation du PARSP. Dans sa version finale, le cadre d'évaluation contiendra les éléments suivants :

- l'approche ;
- les responsabilités ;
- les types d'évaluation en lien avec les cibles ;
- les mesures et leur pertinence ;
- les sources d'information et leurs ajustements au besoin ;
- les fournisseurs et les calendriers de production ;
- le retour d'information (activités de diffusion et d'appropriation).

5.2.3.1. Le cadre de référence

Pour soutenir le processus d'évaluation, le cadre de référence élaboré en 1999 par l'Institut canadien d'information sur la santé de Santé Canada, dans le cadre de sa Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé de la population, a été retenu. Ce cadre de référence a été utilisé à plusieurs reprises pour effectuer un suivi par indicateurs, entre autres, pour l'organisation des services en santé mentale et les soins à domicile.

Ce choix repose d'abord sur le caractère intégrateur des différentes dimensions de la santé. Il permet l'intégration des concepts reconnus en santé publique et des niveaux d'information associés à l'ensemble des champs d'évaluation (reddition de comptes, suivi de gestion, projets d'évaluation). Par ailleurs, ce cadre de référence oblige à positionner les besoins d'information selon la pertinence de mesurer ces dimensions et assure le cadre d'analyse de l'évaluation.

Le tableau 1 présente le cadre de référence global et les différentes dimensions qu'il est possible de mesurer dans le plan d'évaluation du PARSP. Il s'agit de l'univers du possible et des choix de mesure doivent être réalisés.

5.2.3.2. Les engagements de la Direction de santé publique[29]

Les bases préalables à l'élaboration d'un cadre d'évaluation le plus précis et complet possible ont été présentées dans les sections précédentes. Il est de mise, en terminant, que la Direction de santé publique énonce certains engagements envers ses partenaires. À cet égard, la Direction de santé publique s'engage à mener les actions suivantes :

- assurer la cohérence entre le plan d'évaluation du PNSP et celui du PARSP (particulièrement sur la reddition de comptes et le suivi d'implantation du national) de même qu'à l'égard de la planification stratégique régionale ;
- faire en sorte que l'évaluation soit la plus utile possible à l'action ;
- doser les efforts requis en évaluation en tenant compte notamment du caractère prioritaire des problèmes et des investissements consentis ;
- utiliser au maximum les sources de données existantes (*Intégration-CLSC*, rapports financiers des établissements, outils d'évaluation déjà implantés, etc.) pour l'alimentation des indicateurs.

29 Les engagements des établissements à mission CLSC apparaissent à la section 7.2.

Tableau 1 Cadre de référence pour les objets d'évaluation du PARSP

État de santé
Pertinence : permettre d'identifier les besoins de la population et de prévoir les besoins de services – suivre l'écart au niveau de l'atteinte des objectifs de santé populationnels pouvant être reliés aux effets.
Bien-être de la population (physique, mental et social); mortalité ; prévalence – incidence des problèmes de santé (OMS) ; conséquences de la maladie (inclus diminutions, limitations d'activités, restrictions à la participation (ICIDH-2, Beta 2 version).
Déterminants de santé autres que le système
Pertinence : permettre d'identifier les besoins de la population et de prévoir les besoins de services – suivre l'écart au niveau des déterminants et au niveau de l'atteinte de cibles d'action.
Habitudes de vie ; conditions de vie et de travail ; ressources personnelles (ex. : support social, événements stressants de la vie) ; facteurs environnementaux.
Performance du système de santé (CCHSA)
Pertinence : la performance du système de santé est fortement liée au potentiel des personnes à fonctionner et à participer aux activités de la vie personnelle et communautaire. Ces informations sont associées à la capacité de rétablir, de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes et à la production de services et l'organisation de services qu'elle nécessite.
Acceptabilité : capacité de rencontrer les attentes du client, de la communauté, des producteurs et des organisations qui financent, tout en reconnaissant qu'il peut y avoir des intérêts conflictuels ou en compétition entre les acteurs et en reconnaissant que les besoins des clients ou patients sont prioritaires. **Accessibilité** : capacité à obtenir les services à la bonne place, au bon moment, dans le respect de ses besoins. **Adéquation** : services fournis reliés aux besoins des personnes et basés sur des standards établis. **Compétence** : connaissances et habiletés du personnel appropriées aux soins et services à produire. **Continuité** : capacité à fournir des services coordonnés et ininterrompus dans un programme, une organisation, des niveaux de soins et services, dans le temps. **Efficacité** : atteinte des résultats attendus pour le service, l'intervention ou l'action. **Efficience** : atteinte des résultats visés au meilleur coût/efficacité par l'utilisation optimale des ressources. **Sécurité** : risques potentiels d'une intervention ou de l'environnement minimisés ou évités.
La communauté (ce contenu a été ajouté au document de référence)
Pertinence : basé sur la reconnaissance du rôle et l'importance de la communauté, celle-ci est considérée comme un milieu de vie et un acteur auprès de la santé et du bien-être de la population. L'apport de la communauté constitue un facteur significatif à l'amélioration de la santé.
Description ou portrait de la communauté et de son développement. Exemple d'objets : École en santé intégrée dans la communauté, projets de développement social, panier complet des services disponibles dans la communauté – santé (institutionnel et communautaire), loisirs, éducation, etc.

ICIDH-2, Beta 2 Version = International Classification of Functioning and Disability
OMS = Organisation mondiale de la santé ; CCHSA = Canadian Council on Health Services Accreditation

Tableau 1 Cadre de référence pour les objets d'évaluation du PARSP

État de santé
Pertinence : permettre d'identifier les besoins de la population et de prévoir les besoins de services – suivre l'écart au niveau de l'atteinte des objectifs de santé populationnels pouvant être reliés aux effets.
Bien-être de la population (physique, mental et social); mortalité ; prévalence – incidence des problèmes de santé (OMS) ; conséquences de la maladie (inclus diminutions, limitations d'activités, restrictions à la participation (ICIDH-2, Beta 2 version).
Déterminants de santé autres que le système
Pertinence : permettre d'identifier les besoins de la population et de prévoir les besoins de services – suivre l'écart au niveau des déterminants et au niveau de l'atteinte de cibles d'action.
Habitudes de vie ; conditions de vie et de travail ; ressources personnelles (ex. : support social, événements stressants de la vie) ; facteurs environnementaux.
Performance du système de santé (CCHSA)
Pertinence : la performance du système de santé est fortement liée au potentiel des personnes à fonctionner et à participer aux activités de la vie personnelle et communautaire. Ces informations sont associées à la capacité de rétablir, de maintenir ou d'améliorer la santé des personnes et à la production de services et l'organisation de services qu'elle nécessite.
Acceptabilité : capacité de rencontrer les attentes du client, de la communauté, des producteurs et des organisations qui financent, tout en reconnaissant qu'il peut y avoir des intérêts conflictuels ou en compétition entre les acteurs et en reconnaissant que les besoins des clients ou patients sont prioritaires. **Accessibilité** : capacité à obtenir les services à la bonne place, au bon moment, dans le respect de ses besoins. **Adéquation** : services fournis reliés aux besoins des personnes et basés sur des standards établis. **Compétence** : connaissances et habiletés du personnel appropriées aux soins et services à produire. **Continuité** : capacité à fournir des services coordonnés et ininterrompus dans un programme, une organisation, des niveaux de soins et services, dans le temps. **Efficacité** : atteinte des résultats attendus pour le service, l'intervention ou l'action. **Efficience** : atteinte des résultats visés au meilleur coût/efficacité par l'utilisation optimale des ressources. **Sécurité** : risques potentiels d'une intervention ou de l'environnement minimisés ou évités.
La communauté (ce contenu a été ajouté au document de référence)
Pertinence : basé sur la reconnaissance du rôle et l'importance de la communauté, celle-ci est considérée comme un milieu de vie et un acteur auprès de la santé et du bien-être de la population. L'apport de la communauté constitue un facteur significatif à l'amélioration de la santé.
Description ou portrait de la communauté et de son développement. Exemple d'objets : École en santé intégrée dans la communauté, projets de développement social, panier complet des services disponibles dans la communauté – santé (institutionnel et communautaire), loisirs, éducation, etc.

ICIDH-2, Beta 2 Version = International Classification of Functioning and Disability
OMS = Organisation mondiale de la santé ; CCHSA = Canadian Council on Health Services Accreditation

Les conditions de succès à la mise en oeuvre

La mise en œuvre effective du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006 (PARSP) est tributaire de la plus grande cohésion possible entre les actions nationales, régionales et locales, et de leur complémentarité avec les activités réalisées par les autres acteurs du réseau (y compris les autres services dispensés par les établissements à mission CLSC et par ceux des autres secteurs). Nous ne partons pas de rien. Beaucoup d'activités pertinentes sont réalisées et il existe une réelle volonté au sein du réseau de la santé et des services sociaux de poursuivre et d'accentuer les actions de santé publique. Pour favoriser la mise en oeuvre, quelques conditions sont présentées dans le présent chapitre.

6.1. Un but commun : l'amélioration de la santé et du bien-être

Les activités menant à l'élaboration du PARSP ont permis de mettre en évidence la nécessité de favoriser l'adhésion des établissements à mission CLSC, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels et de les mobiliser autour d'un but commun qui est l'amélioration de la santé et du bien-être du plus grand nombre au sein des communautés. Le défi de la mobilisation et de l'adhésion doit continuer à être relevé dans le cadre de l'élaboration des plans d'action locaux et dans la poursuite et l'accentuation de la collaboration régionale et locale.

6.2. Des responsabilités partagées

La Loi sur la santé publique permet de confirmer et de clarifier les responsabilités nationales, régionales et locales en matière de santé publique. Ces responsabilités[30] sont rappelées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP).

6.3. Des mécanismes de suivi appropriés

Afin de conseiller le directeur de santé publique dans l'élaboration du PARSP, un comité de consultation a été formé. Ce comité était composé de personnes issues d'établissements à mission CLSC, d'organismes communautaires et de la Régie régionale. Afin de soutenir la mise en œuvre du PARSP, de favoriser celle des plans d'action locaux et de mesurer l'atteinte des conditions de succès, il est prévu de créer un comité de suivi du PARSP à partir du comité consultatif déjà en place. Ce comité pourra conseiller le directeur de santé publique et les directeurs généraux des établissements à mission CLSC sur les activités à mettre de l'avant pour favoriser la mise en œuvre effective des plans, tant régional que locaux, et l'amélioration continue des actions de santé publique.

6.4. Un bilan périodique

Le PARSP comprend l'ensemble des activités de santé publique (à maintenir, à consolider et à développer) afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La réalisation, la diffusion et l'appropriation d'un bilan périodique partagé, fondé sur l'approche d'évaluation décrite dans le chapitre précédent, apparaît une condition essentielle à la mise en œuvre et à l'amélioration continue de l'action de santé publique. Un tel bilan sera réalisé périodiquement avec le souci d'utiliser de façon presqu'exclusive des banques de données existantes. Au besoin, celles-ci ou les autres systèmes d'information existants seront ajustés afin de favoriser la mobilisation

30 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, p. 116-119.

efficiente des ressources dans la collecte, l'analyse et la diffusion des informations pertinentes.

6.5. De l'information facilement accessible

Une information appropriée et reçue en temps opportun est nécessaire pour tous les partenaires afin de mener à bien la mise en œuvre du PARSP. Il devient alors pertinent d'utiliser un moyen de communication pour faire circuler l'information. Le bulletin d'information *Des communautés en santé* sur l'élaboration du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* conçu dans le but d'informer les partenaires de la démarche pourra servir à cet effet. Il devra certes évoluer dans sa forme afin de s'ajuster à la réalité de la mise en œuvre du PARSP.

De plus, l'apport des technologies de l'information peut être efficace pour faciliter le suivi et l'évaluation du PARSP et des plans d'action locaux de santé publique (PALSP) ainsi que pour soutenir les changements de pratiques professionnelles et organisationnelles.

6.6. Une collaboration étroite avec l'ensemble des partenaires

Différents acteurs au sein du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des autres organismes intersectoriels sont interpellés selon leurs missions et leurs responsabilités afin d'actualiser les actions du PARSP.

6.6.1. Les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux

Les établissements du réseau, les médecins en cabinet privé et les autres organismes du réseau sont directement interpellés par l'action de santé publique puisqu'ils forment ce réseau. À ce titre, leur collaboration intrasectorielle et intersectorielle peut être déterminante pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

6.6.2. Les organismes communautaires

Le PARSP n'a pas pour objet de définir la contribution attendue des organismes communautaires en matière de prévention ou de soutien à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Rappelons que l'Agence via sa Direction de santé publique :

- respecte l'autonomie des organismes communautaires ;
- reconnaît l'action communautaire comme outil de développement social ;
- reconnaît les organismes communautaires comme acteurs significatifs au sein des communautés pour l'amélioration des conditions de vie de la population ;
- reconnaît le financement à la mission globale (financement de base) comme mode privilégié de soutien financier[31].

Les démarches entreprises depuis janvier 2003 dans le cadre de l'élaboration du PARSP se sont réalisées avec le souci notamment de favoriser la participation des organismes communautaires à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action locaux sous la responsabilité des établissements à mission CLSC.

Compte tenu de leurs activités, des organismes communautaires pourront souhaiter réaliser des ententes de service avec le CLSC de leur territoire pour offrir certaines activités prévues au plan d'action local. Un organisme communautaire aura toujours la possibilité de choisir de s'engager ou non dans un tel contrat de collaboration. De son côté et de par ses fonctions, l'Agence s'assurera d'informer les organismes, au besoin, afin que de telles ententes s'inscrivent dans le respect de la Politique gouvernementale de reconnaissance et de soutien à l'action communautaire.

6.6.3. Les partenaires intersectoriels

Municipalités, milieux de travail, écoles, centres de la petite enfance, organisations locales et régionales des ministères constituent des partenaires essentiels. En effet, l'action de santé publique exige cette complémentarité et cette collaboration étroite avec l'ensemble des intervenants régionaux et locaux des autres secteurs dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population. Des efforts

31 RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001, 26 p.

seront constamment consentis pour accentuer cette collaboration.

6.7. Une expertise régionale et locale consolidée

La qualité des actions de santé publique repose sur des ressources humaines bien formées, évoluant dans des organisations soucieuses de soutenir leur personnel dans l'amélioration continue de leurs compétences. Des efforts particuliers seront réalisés pour favoriser la consolidation d'une culture de l'amélioration continue des actions et des compétences, notamment en rendant disponibles les connaissances mises à jour dans les divers champs de la santé publique, en développant l'approche par résolution de problèmes et en facilitant l'accès aux formations pertinentes.

6.8. Un financement adéquat

Pour l'année 2002-2003, la région dispose d'un budget global de 44 $ per capita pour réaliser les activités de santé publique. Plusieurs de ces activités en cours font partie du PARSP, de sorte qu'avec les ressources humaines et financières dont nous disposons actuellement, plusieurs des objectifs du PARSP pourront être atteints.

Le *Plan de consolidation 1999-2002* de la Régie régionale prévoyait l'atteinte d'une cible de 70 $ per capita pour financer l'ensemble des activités de santé publique à réaliser. Cette cible était toujours jugée pertinente lors de l'adoption du *Bilan du plan de consolidation 1999-2002* et, modulée en dollars d'aujourd'hui (soit 80 $ per capita), demeure toujours l'objectif à atteindre. Outre le développement budgétaire appuyant des cibles spécifiques décidées nationalement, l'ajustement de tout développement budgétaire à venir se fera sur la base des mesures inscrites dans le plan d'action en modulant l'intensité en fonction du caractère prioritaire des problèmes à résoudre ou des besoins à combler et de l'impact prévisible des actions.

Suite aux travaux menés pour la transformation du réseau de la santé et des services sociaux en 1996, les budgets consentis en santé publique ont été augmentés. Le tableau 2 précise, pour chacun des établissements à mission CLSC et pour la Direction de santé publique, les budgets reçus en 1996-1997 et ceux de 2002-2003. Les informations plus détaillées pour chacun des établissements serviront à faciliter le suivi budgétaire de santé publique de même qu'à l'établissement du portrait des ressources de santé publique sur le plan local et régional.

Tableau 2 Activités de santé publique – Contours financiers 1996-1997 et 2002-2003 pour les CLSC de la Mauricie et du Centre-du-Québec et la DSP

	Contour 1996-1997			Contour 2002-2003		
	Clinique	Administration et infrastructures*	Total	Clinique	Administration et infrastructures*	Total
Centre de santé et de services sociaux de la St-Maurice	394 100	256 605	650 705	820 297	285 305	1 105 602
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan	651 093	512 307	1 163 400	926 772	502 728	1 429 500
CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie	926 794	449 704	1 376 498	2 136 942	547 185	2 684 127
CLSC Les Forges	654 750	323 479	978 229	2 041 568	457 744	2 499 312
Centre de santé Cloutier-du Rivage	549 310	332 909	882 219	1 400 584	396 809	1 797 393
Centre de santé de la MRC de Maskinongé	387 540	217 828	605 368	786 586	255 316	1 041 903
Centre de santé Nicolet-Yamaska	427 884	293 506	721 390	807 133	333 252	1 140 384
Centre de santé Les blés d'or	382 270	110 503	492 773	587 329	122 669	709 998
CLSC Drummondville	791 380	364 274	1 155 654	2 003 013	479 704	2 482 717
CLSC Suzor-Coté	990 148	361 138	1 351 286	1 972 357	445 794	2 418 151
CLSC-CHSLD de l'Érable	708 863	104 883	813 746	1 044 987	129 538	1 174 526
Total des établissements	**6 864 132**	**3 327 136**	**10 191 268** A	**14 527 567**	**3 956 046**	**18 483 613** A
Activité régionale santé publique						
Régie régionale (santé publique)			3 649 086			4 021 636
Fonds affectés			491 581			472 452
Kino-Québec			151 435			246 346
Fonds santé au travail			3 918 451			4 339 368
Total des activités régionales			8 210 553 B			9 079 802 B
Total santé publique (A+B)			18 401 821			27 563 415

* La rubrique administration et infrastructures peut comprendre, à titre indicatif, les dépenses de gestion, d'achat et de maintien des ordinateurs, de frais de déplacement ou les frais relatifs aux formations, etc.

Tableau 2

	Contour 1996-1997			Contour 2002-2003		
	Clinique	Administration et infrastructures*	Total	Clinique	Administration et infrastructures*	Total
Centre de santé et de services sociaux de la St-Maurice	394 100	256 605	650 705	820 297	285 305	1 105 602
Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-la-Batiscan	651 093	512 307	1 163 400	926 772	502 728	1 429 500
CLSC-CHSLD du Centre-de-la-Mauricie	926 794	449 704	1 376 498	2 136 942	547 185	2 684 127
CLSC Les Forges	654 750	323 479	978 229	2 041 568	457 744	2 499 312
Centre de santé Cloutier-du Rivage	549 310	332 909	882 219	1 400 584	396 809	1 797 393
Centre de santé de la MRC de Maskinongé	387 540	217 828	605 368	786 586	255 316	1 041 903
Centre de santé Nicolet-Yamaska	427 884	293 506	721 390	807 133	333 252	1 140 384
Centre de santé Les blés d'or	382 270	110 503	492 773	587 329	122 669	709 998
CLSC Drummondville	791 380	364 274	1 155 654	2 003 013	479 704	2 482 717
CLSC Suzor-Coté	990 148	361 138	1 351 286	1 972 357	445 794	2 418 151
CLSC-CHSLD de l'Érable	708 863	104 883	813 746	1 044 987	129 538	1 174 526
Total des établissements	6 864 132	3 327 136	10 191 268 A	14 527 567	3 956 046	18 483 613 A
Activité régionale santé publique						
Régie régionale (santé publique)			3 649 086			4 021 636
Fonds affectés			491 581			472 452
Kino-Québec			151 435			246 346
Fonds santé au travail			3 918 451			4 339 368
Total des activités régionales			8 210 553 B			9 079 802 B
Total santé publique (A+B)			18 401 821			27 563 415

* La rubrique administration et infrastructures peut comprendre, à titre indicatif, les dépenses de gestion, d'achat et de maintien des ordinateurs, de frais de déplacement ou les frais relatifs aux formations, etc.

Les attentes à l'égard des plans d'action locaux

L'adoption de la Loi sur la santé publique a confirmé la contribution des établissements à mission CLSC à la mission de santé publique. Cette confirmation vient reconnaître l'importance de l'action de santé publique locale pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population à l'échelle d'un district sociosanitaire. Afin de faciliter l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique (PALSP) et convenir de l'implication souhaitée des établissements à mission CLSC, ce chapitre propose une structure de plan d'action local type, la contribution attendue de ces établissements de même que les engagements que nous souhaitons qu'ils prennent.

7.1. Le plan d'action local type et contribution attendue

Afin de tenir compte à la fois des activités en cours dans chacun des territoires et des développements prioritaires, la structure suivante d'un PALSP type est proposée. Compte tenu de l'accueil très favorable qu'a reçu le document *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique*, la structure proposée s'en inspire largement.

Le PALSP doit présenter les activités qui seront réalisées en priorité au cours des trois prochaines années, et ce, en lien avec les priorités du *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP) de même qu'avec les problématiques spécifiques du territoire. Ces priorités locales doivent aussi être en lien avec le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP) et ne doivent pas être mises en œuvre aux dépens des priorités régionales. L'Agence entend apporter le soutien nécessaire aux établissements à mission CLSC dans l'élaboration de leur PALSP. Le PALSP type devrait donc contenir les informations pertinentes à chacun des huit éléments présentés dans la partie qui suit.

1. Faits saillants du portrait sociosanitaire

Dans ce chapitre, il est suggéré de décrire brièvement les caractéristiques sociosanitaires locales en faisant ressortir les faits saillants. Cet exercice doit permettre de soutenir l'élaboration des PALSP. Un cahier statistique des principaux indicateurs sociosanitaires identifiés dans le PNSP sera acheminé à chacun des CLSC pour soutenir l'élaboration de ce chapitre. Ce cahier comprendra un ensemble de données sur la santé et d'autres caractéristiques de la population précisant les données spécifiques au district sociosanitaire, lorsque celles-ci sont disponibles.

2. Développement social et développement des communautés

Ce chapitre fait état des démarches en cours en matière de revitalisation, de lutte contre la pauvreté, de développement des communautés ou de développement durable et indique l'intention de l'établissement de poursuivre, voire accentuer cette implication en lien étroit avec les organismes communautaires et les partenaires intersectoriels de son territoire. L'intention de s'associer ou d'accentuer l'association avec les organismes communautaires actifs en matière de

sécurité alimentaire y est précisée. Puisqu'il s'agit d'une cible prioritaire régionale, le CLSC doit faire état de sa contribution.

3. Santé et bien-être des personnes

Ce chapitre aborde l'ensemble des activités de promotion et de prévention en fonction des groupes d'âge. Nous suggérons fortement de rappeler en introduction de ce chapitre l'importance de privilégier des approches qui renforcent à la fois le milieu de vie (environnement favorable) et le potentiel des personnes de même que l'importance, lorsque pertinent, de soutenir les familles. Rappelons aussi que les activités doivent être planifiées avec la préoccupation de tenir compte des réalités spécifiques des femmes et des hommes. Cette section introductive doit enfin spécifier que l'implantation des pratiques cliniques préventives pertinentes aux services de santé courants sera favorisée.

Puisque la mise sur pied d'une équipe de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques peut concerner tous les groupes d'âge, cette dimension peut être élaborée au début de ce chapitre ou dans un chapitre à part. Quelqu'en soit l'endroit, la mise sur pied d'une telle équipe doit être abordée puisqu'il s'agit d'une cible prioritaire régionale.

3.1. Petite enfance (0 à 5 ans)

Cette section fait état des interventions en cours ou à réaliser à l'égard de l'immunisation, de la promotion de l'allaitement maternel, des programmes *Naître égaux – Grandir en santé* (NEGS) et *Programme de soutien aux jeunes parents* (PSJP) et des interventions de stimulation précoce en lien avec les milieux de garde et les centres de la petite enfance. C'est aussi dans cette section que peut être abordé l'intégration des activités de prévention des blessures. Encore une fois, quelqu'en soit la section, puisqu'il s'agit d'une cible prioritaire, l'ensemble de ces interventions doit apparaître dans le PALSP.

3.2. Jeunes (6 à 17 ans)

Dans cette section, les démarches en lien avec le milieu scolaire (dont *Équipe école en santé*, la poursuite des activités d'hygiène dentaire et d'immunisation au primaire et au secondaire) doivent être abordées. Les actions à l'égard de la prévention des problématiques psychosociales, des infections transmissibles sexuellement, de la prévention du suicide, de la promotion de saines habitudes de vie (dont les activités préventives à l'intérieur des cliniques jeunesse) doivent être spécifiées.

3.3. Adultes (18 à 64 ans)

Les activités préventives à identifier à l'égard des adultes concernent la prévention des infections transmissibles sexuellement (dont le dépistage), la promotion de saines habitudes de vie et la prévention des maladies chroniques, la prévention du suicide en mettant l'emphase sur l'implantation des pratiques cliniques préventives pertinentes. Les CLSC offrant les services locaux de santé au travail dans le cadre du contrat avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail doivent identifier cette contribution, ce qui peut être fait dans cette section.

3.4. Aînés (65 ans et plus)

Dans cette section, les activités préventives réalisées en matière de prévention des chutes à domicile (dont l'intégration de la promotion de l'activité physique), de la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque et de l'implantation des pratiques cliniques préventives pertinentes sont identifiées. Les CLSC actifs en matière de prévention de l'abus de médicaments et de promotion de saines habitudes de nutrition identifient ces activités. Enfin, la promotion de la participation sociale des aînés à l'intérieur des actions de développement social peut également être abordée dans cette section ou encore dans le chapitre portant sur le développement social.

4. Contribution en protection de la santé publique

Ce chapitre fait état du rôle des CLSC à l'égard des actions locales lors de menace à la santé de la population en fonction des risques physiques, chimiques et biologiques. Il comporte, pour les CLSC offrant les services locaux de santé au travail, leur contribution relative à la protection de la santé des travailleurs dans le cadre du contrat liant le réseau de la santé à la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La poursuite des activités d'enquête épidémiologique (pour les trois CLSC réalisant ces activités) et le suivi local des maladies à déclaration obligatoire (immunisation, dépistage, chimioprophylaxie) doivent être mentionnés.

La consolidation de la mise en réseau entre la Direction de santé publique et les CLSC – devant être abordée préférablement dans ce chapitre – est de deux ordres : à l'égard de la prévention et du contrôle des maladies infectieuses et à l'égard du maintien des mécanismes de collaboration incluant la formation continue et la participation au plan de mobilisation des ressources (advenant une urgence de santé publique qui débordent les capacités usuelles du réseau).

5. Portrait des ressources

Il est suggéré au CLSC d'identifier dans cette section les ressources de santé publique dont il dispose en s'inspirant du matériel que compte produire l'association des CLSC-CHSLD pour soutenir l'ensemble des CLSC, du portrait des ressources déjà réalisé en 2002 et en utilisant les données portant sur le contour financier du programme de santé publique qui leur a été acheminé en octobre 2003. Cette connaissance viendra faciliter l'identification du besoin de rehaussement au cours des prochaines années. Il est aussi souhaité que cette section fasse état de la présence ou non d'équipe dédiée à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques.

6. Cibles prioritaires régionales et locales

Dans ce chapitre, le CLSC peut identifier des priorités locales basées sur les réalités propres à son territoire. Cependant, les activités à réaliser pour atteindre ces priorités locales ne doivent pas se faire au détriment des activités nécessaires à l'atteinte des cibles prioritaires régionales. Celles-ci doivent être énoncées dans ce chapitre.

7. Évaluation dans une perspective d'amélioration continue

Ce chapitre porte sur l'importance accordée à l'approche d'évaluation conçue pour améliorer l'action locale de santé publique et à la participation des CLSC pour faciliter l'évolution des systèmes d'information existants, contribuer activement aux bilans périodiques et à leurs utilisations pour l'amélioration continue de l'action locale de santé publique.

8. Conditions de succès à la mise en oeuvre

Dans ce chapitre, le CLSC doit inscrire les conditions de succès nécessaires à la mise en œuvre de son PALSP. À titre d'exemples, il peut s'agir de la collaboration étroite avec ses partenaires, de l'expertise locale et régionale, du soutien régional, etc.

7.2. L'engagement des établissements à mission CLSC

Par l'adoption du plan d'action local auprès de son conseil d'administration, l'établissement à mission CLSC s'engage à mobiliser les ressources humaines dont il dispose pour la réalisation des actions locales de santé publique et pour la participation aux activités visant l'amélioration continue de ces actions. L'engagement des CLSC à réaliser le plan d'action local en s'associant étroitement aux partenaires intersectoriels du milieu, compte tenu du rôle majeur de ceux-ci (organismes communautaires, municipalité, milieu scolaire, centre local d'emploi, centres de la petite enfance, etc.) est évidemment souhaité.

Conclusion

Il s'agit du premier Plan d'action régional de santé publique élaboré avec le souci d'obtenir l'opinion des partenaires. Il se veut un guide pour soutenir l'action et la prise de décision en santé publique jusqu'en 2006.

Les efforts seront davantage consentis à l'atteinte des cinq cibles prioritaires régionales. Les actions priorisées dans ces cibles sont liées entre elles et font partie d'une approche globale touchant l'ensemble des déterminants de la santé. Le défi est de taille puisque les résultats visés nécessitent l'actualisation de plusieurs conditions de succès dont la collaboration étroite de tous les partenaires dans le respect des spécificités de chacun.

La surveillance continue de l'état de santé de la population et l'évaluation continue des actions priorisées viendront renforcer ces activités et apporter les changements nécessaires, s'il y a lieu. Ils permettront également d'orienter l'élaboration du prochain plan d'action régional de santé publique 2007-2009.

Annexes

Annexe 1 Liste des collaborateurs

COMITÉ CONSULTATIF AU DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE

Représentants de la Régie régionale

Lucie Lafrance
Agente de planification et de programmation

Serge Nadeau
Agent de planification et de programmation

Représentants des CLSC

Odette Bergeron
Chef du programme enfance-jeunesse-famille
Centre de santé de la MRC de Maskinongé

Alain Dubois
Chef des programmes gériatriques ambulatoires
Centre de santé Nicolet-Yamaska

Lyse Gauthier
Chef de l'administration des programmes enfance-jeunesse-famille et adulte
Centre de santé Les blés d'or

Guy Poudrier
Directeur général
Centre de santé et de services sociaux de l'Énergie

Gilles Tétu
Directeur général
CLSC Les Forges

Représentants des organismes communautaires

Renaud Beaudry
Coordonnateur
Table régionale des organismes communautaires
Centre-du-Québec/Mauricie

France Cormier
Directrice générale
Centre d'action bénévole de la région de Shawinigan

Carmen Houde
Agente de développement
Corporation de développement communautaire des Bois-Francs

AUTRES COLLABORATEURS À LA RÉDACTION

Portrait sociosanitaire

Isabelle Côté
Sylvie Bernier
Yves Pepin
Diane Carignan

Développement social et développement des communautés

Réal Boisvert
Marie-Claude Drouin

Développement des enfants et des jeunes

Lucie Lafrance
Marie Houle
Jocelyne Tremblay

Réduction de la mortalité évitable et des incapacités
Maladies chroniques

Anne-Marie Grenier
Lyne Otis
Nathalie Ratté
Jean-Maurice Roy

Lise St-Cyr
Louise Soulière

Traumatismes non intentionnels
André Dontigny
Carmelle Bourgeois-Pelletier

Suicide
Manon Toupin
Serge Poulin

Intégration de la prévention dans la pratique clinique
André Dontigny
Anne-Marie Grenier

Prévention et vigie sanitaire face aux menaces de santé publique
Santé et environnement
Guy Lévesque

Santé au travail
Diane Caron

Maladies infectieuses
Elizabeth Bisson
Marie-Claude Drouin
Marie-Paule Gauthier
Fernand Guillemette
Odette Meunier

Plan de mobilisation des ressources
Gilles Grenier

Évaluation
Rémi Coderre
Christine Ross

Conditions de succès à la mise en œuvre
André Dontigny
Josée Arsenault
Barbara Bonin

COLLABORATEURS À LA DÉMARCHE DE CONSULTATION

Lucie Lafrance, ***responsable***
Nicole Bilodeau
Françoise Déry
Marie-Claude Drouin
Anne-Marie Grenier
Lyne Otis
Mario Richard
Louis Rocheleau
Manon Toupin

ÉLABORATION DU BULLETIN D'INFORMATION

Martine Fréchette
Odile Raiche

Annexe 2 Rapport de consultation dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2003-2006

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

- Obtenir une appréciation des différents acteurs de santé publique et de leurs partenaires quant aux cibles prioritaires régionales de santé publique pour les années 2003-2006, à l'approche évaluative, aux conditions de succès à la mise en œuvre et aux faits saillants du portrait sociosanitaire.

- Obtenir une appréciation des citoyens quant aux cibles prioritaires régionales de santé publique pour les années 2003-2006.

CONSULTATION AUPRÈS DES INTERVENANTS DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE LEURS PARTENAIRES

Activité 1 : *Présentation du document de consultation dans le cadre de rencontres locales*

Cette activité ne visait pas à recueillir l'opinion d'un district ou d'un groupe sur le document de consultation, mais visait plutôt à préparer les répondants à compléter le questionnaire de consultation.

- 9 rencontres locales ont eu lieu (les districts Les blés d'or, Arthabaska et de l'Érable se sont regroupés lors d'une même rencontre).

- 316 personnes ont participé (CLSC : 40,5 %, organismes communautaires : 32 %, établissements régionaux et autres partenaires : 27,5 %).

- Lors de ces rencontres, des échanges en ateliers ont eu lieu pour approfondir une cible prioritaire : accueil favorable de façon générale au regard des cibles discutées.

- Voici un résumé des différentes préoccupations entendues lors des rencontres locales :
  - la réalité des 18 à 25 ans est absente ;
  - problématiques non élaborées : santé mentale, toxicomanie, jeu pathologique, alcoolisme, violence, abus, décrochage ;
  - les 0 à 5 ans : trop axé sur les groupes vulnérables ;
  - la conciliation travail-famille est absente ;
  - les aînés sont peu présents ;
  - décrire la philosophie du développement social et du développement des communautés, ajouter la participation citoyenne et inscrire la reconnaissance des organismes communautaires dans ce domaine ;
  - inclure des facteurs de protection autres que l'estime de soi ;
  - faire des liens avec d'autres documents d'orientation ;
  - volet psychosocial absent de la cible sur l'intégration de la prévention dans la pratique clinique ;
  - inclure une liste des acronymes ;
  - bien situer le PARSP quant à sa portée en promotion/prévention ;
  - mettre davantage d'éléments positifs dans le portrait sociosanitaire ;
  - relater ce qui se fait de bien ;
  - faire davantage ressortir la promotion de la santé ;
  - les valeurs et principes éthiques ne sont pas clairs.

- Certains des commentaires étaient partagés par une grande proportion des participants et ont été pris en compte dans les modifications du document de consultation.

Activité 2 : *Questionnaire de consultation à l'intention des intervenants de santé publique et de leurs partenaires*

Un questionnaire de consultation était remis à chaque personne présente lors des rencontres locales. Une présentation de l'outil était alors faite, de même qu'une invitation à compléter celui-ci et à le remettre à d'autres collègues ou partenaires. Le questionnaire était aussi disponible sur le site Internet de la Régie régionale. Un total de 120 questionnaires ont été complétés et acheminés à la Régie régionale.

Caractéristiques des répondants

- La provenance des répondants est la suivante :
  - CLSC et autres établissements de santé et services sociaux : 44,2 % ;
  - organismes communautaires : 45,2 % ;
  - autres partenaires : 10,6 %.

Notons que pour 13,3 % des répondants cette information est manquante.

- Ces intervenants travaillent auprès des :
  - 0 à 5 ans : 27,5 % ;
  - 6 à 17 ans : 44,2 % ;
  - 18 à 64 ans : 62,5 % ;
  - 65 ans et plus : 30,8 %.

  Notons que les répondants pouvaient cocher plus d'une catégorie.

- Les répondants sont partagés assez également entre les régions de la Mauricie (45,8 %) et du Centre-du-Québec (47,5 %) et 5,8 % interviennent dans les deux régions.

Résultats quant à l'importance et aux efforts à investir pour chacune des cibles

Tableau 1 Importance que le réseau de la santé et des services sociaux devrait accorder à chacune des cibles régionales prioritaires et efforts à investir pour ces cibles en comparaison aux efforts actuels

	Importance	Efforts
Développement social et développement des communautés	3,76*	4,48**
Développement des enfants et des jeunes	3,91	4,37
Diminution de la mortalité évitable et des incapacités	3,70	4,37
Intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	3,58	4,17
Prévention et vigilance face aux menaces de santé publique	3,45	3,89

* Cotes 1 à 4 : (1) aucune, (2) peu, (3) assez, (4) beaucoup

** Cotes 1 à 5 : (1) beaucoup moins, (2) moins, (3) maintenir, (4) un peu plus, (5) beaucoup plus

- On constate que toutes les cibles prioritaires régionales sont jugées importantes en réponse à la question « Quelle importance le réseau de la santé et ses partenaires doivent accorder à cette cible ? ».

- Pour les efforts à investir pour chacune de ces cibles, la question suivante était posée « Par rapport à la situation actuelle, quels devraient être les efforts investis par le réseau de la santé et ses partenaires ? ». Choix de réponse : beaucoup moins, moins, maintenir, un peu plus, beaucoup plus. On observe ici aussi que les répondants jugent qu'il faut investir au moins autant d'efforts que maintenant ou plus d'efforts.

Tableau 2 Importance que le réseau de la santé et des services sociaux devrait accorder à chacune des cibles régionales prioritaires selon le groupe de répondants

	RSSS	Organismes communautaires	Autres partenaires
Développement social et développement des communautés	3,78*	3,78*	3,60*
Développement des enfants et des jeunes	3,91	3,90	3,91
Diminution de la mortalité évitable et des incapacités	3,72	3,73	3,44
Intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	3,67	3,55	3,22
Prévention et vigilance face aux menaces de santé publique	3,40	3,65	2,87

* Cotes 1 à 4 : (1) aucune, (2) peu, (3) assez, (4) beaucoup
Remarque : Seulement 11 répondants ne proviennent pas du RSSS ou des organismes communautaires.

Tableau 3 Efforts à investir pour ces cibles en comparaison aux efforts actuels selon le groupe de répondants

	RSSS	Organismes communautaires	Autres partenaires
Développement social et développement des communautés	4,53*	4,49*	4,20*
Développement des enfants et des jeunes	4,44	4,30	4,36
Diminution de la mortalité évitable et des incapacités	4,53	4,20	4,33
Intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	4,40	4,00	3,78
Prévention et vigilance face aux menaces de santé publique	3,69	4,27	3,25

* Cotes 1 à 5 : (1) beaucoup moins, (2) moins, (3) maintenir, (4) un peu plus, (5) beaucoup plus
Remarque : Seulement 11 répondants ne proviennent pas du RSSS ou des organismes communautaires.

Ces deux tableaux confirment l'accueil favorable fait aux cibles proposées et la reconnaissance du rôle du réseau de la santé et des services sociaux à agir sur chacune d'entre elles.

Résultats relatifs aux obstacles ou facteurs favorables à l'atteinte de ces cibles

Des questions relatives aux obstacles ou facteurs favorables à la mise en œuvre de chacune des cibles ont apporté un grand nombre de réponses ouvertes. Une analyse de contenu « par occurrence de mots » a été réalisée pour en faire ressortir l'essentiel.

Les énoncés ont été regroupés par catégories et le nombre de mentions retrouvées dans chaque catégorie et pour chaque cible régionale prioritaire a été relevé. Les principaux éléments soulevés en réponses à ces questions ouvertes portent sur les catégories suivantes :

A **Ressources** (effectifs en personnel, surcharge de travail ou disponibilité des ressources : 167 mentions)

Voici des exemples de réponse type pour cette catégorie :

- « manque de ressources et ampleur des besoins » ;
- « surcharge de travail » ;
- « le manque de ressources, les difficultés à obtenir des consultations, la compétition et les tensions en milieu de travail » ;
- « manque de ressources professionnelles actuellement dans les CLSC » ;
- « peu de temps et de ressources lorsqu'on est dans le feu de l'action ».

B **Stratégies et interventions de promotion et de prévention** (énoncés se rapportant aux stratégies et interventions : comment rejoindre les clientèles, pratiques professionnelles, problématiques des populations, etc. : 152 mentions)

Voici des exemples de réponse type pour cette catégorie :

- « actions à poser dès la petite enfance, développer des indicateurs pour dépister, outiller les parents et les milieux de garde, développer des programmes adaptés avec l'intensité requise, adapter le milieu scolaire » ;
- « dans les milieux publics, établir des politiques alimentaires et les suivre, intérêt des gens à faire de l'activité physique si programme accessible à leur lieu de travail selon leur horaire (surtout femmes de 25 à 44 ans avec enfants) » ;
- « certains centres oublient leur mission de prévention ».

C **Financement** (concerne l'argent, le budget, le financement, etc. : 107 mentions)

Voici des exemples de réponse type pour cette catégorie :

- « manque d'argent » ;
- « manque de fonds pour les organismes en prévention ou de soutien auprès des personnes atteintes » ;
- « financement insuffisant pour la promotion et la prévention, un financement de base récurrent suffisant pour la promotion et la prévention du suicide » ;
- « les déficits dans l'organisation des services de première ligne ».

D **Engagement** (concerne l'engagement, la mobilisation ou la collaboration des autorités gouvernementales et autres, sans que ce soit monétairement : 82 mentions)

Voici des exemples de réponse type pour cette catégorie :

- « manque de vision globale intersectorielle partagée » ;
- « l'état doit favoriser, mettre en place des structures qui favorisent l'autonomie et non qu'on dépende du gouvernement » ;
- « le leadership mal défini, confusion des rôles et fonctions des différents secteurs impliqués » ;
- « la non-volonté du "politique" ».

Les dimensions de l'implication (78 mentions) des acteurs et intervenants, la collaboration (59 mentions) et la concertation (53 mentions) de ceux-ci sont aussi soulevées dans les obstacles ou facilitants pour l'atteinte des cibles régionales prioritaires. En considérant le total des énoncés se rapportant à la dimension des relations entre les partenaires (engagement et implication de même que collaboration et concertation), on en retrouve plus de 250.

Deux cibles reçoivent des considérations qui les caractérisent. La cible du développement social et développement des communautés reçoit le plus de mentions relativement à l'implication, l'engagement et la concertation. Par contre, l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques semble

soulever une préoccupation plus importante quant aux ressources.

Résultats quant aux faits saillants du portrait sociosanitaire et à l'approche évaluative

Les répondants ont aussi souligné que le portrait représente de façon assez fidèle ce qu'ils observent au jour le jour. Cependant, plusieurs ont suggéré des ajouts d'information (57,3 % des répondants).

Quant à l'approche évaluative, elle reçoit un accueil plus favorable de la part des intervenants des établissements (moyenne 3,17) que des organismes communautaires (2,86).

Classement par ordre d'importance des cibles prioritaires régionales par les répondants

Quand on a demandé aux répondants de donner un ordre de priorité aux cinq cibles régionales, tous les groupes de répondants ont placé le développement social et le développement des communautés ainsi que le développement des enfants et des jeunes en première ou deuxième place. La réduction de la mortalité évitable et des incapacités se retrouve pour tous en troisième place. Les intervenants du réseau de la santé et les autres partenaires placent l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques en quatrième place, alors que ceux des organismes communautaires la place en cinquième position. Quant aux répondants, qu'ils soient de la Mauricie ou du Centre-du-Québec, ils ne se distinguent pas dans l'ordre de priorité, rejoignant l'ordre donné par les intervenants du réseau de la santé. Il faut remarquer cependant que toutes les cibles ont été jugées importantes par les répondants.

Autres formes de participation à la consultation par établissements ou autres organismes

Au total, 12 questionnaires ont été complétés au nom d'équipes de travail, d'organismes communautaires ou d'établissements de la santé et des services sociaux.

Deux avis ont été émis, l'un du milieu communautaire par la TROC et l'autre d'un établissement à mission régionale.

Les éléments de ces avis ont été considérés de façon spécifique, en sus des questionnaires complétés individuellement par des intervenants.

CONSULTATION AUPRÈS DE LA POPULATION

Un questionnaire a été préparé spécialement à l'intention de la population. Outre le fait que les citoyens pouvaient compléter le questionnaire à partir du site Internet de la Régie régionale, deux enquêteuses se sont présentées dans les salles d'attente des établissements à mission CLSC pour faire compléter ce questionnaire par les personnes en attente de leur rendez-vous ou d'une consultation. Le questionnaire a ainsi été complété par 297 personnes. Nous ne prétendons pas qu'il s'agit ici d'un échantillon représentatif de la population.

Les résultats sont présentés après pondération, en fonction de la population totale de chacun des districts. Un district n'ayant recueilli que quatre questionnaires complétés, il n'a donc pu être considéré dans les résultats. En fait, au moment où l'enquêteuse était sur place, soit une demi-journée de la fin septembre, seulement quelques personnes ont fréquenté la salle d'attente.

Âge des répondants

L'âge des répondants se répartit de façon assez équitable. Les moins de 35 ans regroupent 29 % des répondants, les 35 à 54 ans 37,9 % et les 55 ans et plus, 33,1 %.

Résultats quant à chacune des cibles

Quand on demande aux répondants de donner un ordre de priorité à ces cibles (tableau 4), il ne s'en dégage aucun, les moyennes se situant toutes entre 2,74 et 3,01, avec des écarts types variant entre 1,38 et 1,53.

Par où commencer pour réduire la mortalité évitable et les incapacités ?

On se rappelle que la cible concernant la réduction de la mortalité évitable et des incapacités se subdivise en trois problématiques : maladies chroniques, traumatismes non intentionnels (blessures et empoisonnement) et suicide. Les répondants devaient répondre à la question suivante : « Selon vous, sur laquelle des

trois causes de mortalité et d'incapacités est-il le plus pressant d'agir ? » Le tableau 5 présente le pourcentage de répondants qui ont coché la problématique.

Tableau 4 Niveau de préoccupation au regard des cibles proposées, opinion quant à l'implication du réseau de la santé et quant aux efforts à investir par les répondants de la population

	Préoccupé par la cible	Pense que le RSSS doit intervenir sur la cible	Efforts que le RSSS devrait investir
Développement social et développement des communautés	3,07*	3,12*	2,47**
Développement des enfants et des jeunes	3,65	3,58	2,75
Diminution de la mortalité évitable et des incapacités	3,25	3,55	2,65
Intégration de la prévention dans les pratiques cliniques	3,15	3,31	2,54
Prévention et vigilance face aux menaces de santé publique	3,35	3,62	2,62

* Cotes 1 à 4 : (1) pas du tout, (2) un peu, (3) assez, (4) beaucoup
** Cotes 1 à 3 : (1) moins d'efforts que présentement, (2) autant d'efforts que présentement, (3) plus d'efforts que présentement

Tableau 5 Pourcentage de répondants qui ont coché les différentes problématiques

Maladies chroniques	28,4 %
Traumatismes non intentionnels (blessures et empoisonnement)	12,9 %
Suicide	58,7 %

Il y a ici une position claire de la part des répondants de la population à intervenir rapidement au regard du suicide. L'ordre de priorité demeure le même si l'on tient compte du sexe.

RÉSUMÉ DES RÉSULTATS OBTENUS PAR LES QUESTIONNAIRES

Bien que le nombre de répondants, tant des intervenants que des citoyens, soit relativement bas, les résultats obtenus nous fournissent certaines indications.

- Il y a une adhésion importante à toutes les cibles prioritaires régionales proposées, tant des acteurs de santé publique que des répondants de la population.

- L'intervention nécessaire du réseau de la santé et des services sociaux quant à chacune des cibles est reconnue.

- Le réseau de la santé et des services sociaux doit minimalement maintenir les efforts qu'il consent à l'égard de ces cibles et préférablement les augmenter.

- Il importe d'accorder une attention particulière à tout ce qui touche les relations entre les intervenants et les partenaires tant du réseau que de l'intersectoriel : concertation, clarification des responsabilités, engagement, etc.

- Des ressources et un financement accrus sont fortement espérés des intervenants pour la réalisation du plan d'action régional de santé publique.

- Les citoyens ayant répondu à la consultation nous indiquent d'intervenir prioritairement sur la question du suicide dans la cible concernant la réduction de la mortalité évitable et des incapacités.

Annexe 3 L'analyse différenciée selon les sexes appliquée aux principaux défis de santé publique

Principaux défis de santé publique

Une brève analyse des quatre principaux défis de santé publique démontre clairement l'importance d'utiliser l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) afin de tenir compte des différences liées au sexe des personnes.

Premier défi : Diminution des problèmes psychosociaux

Les problèmes à caractère psychosocial sont fortement reliés au sexe car celui-ci a une influence déterminante sur les modèles d'attitudes et de comportements attribués à chacun, sur les rôles et responsabilités attendus et sur l'image que chaque personne se fait d'elle-même, lesquels déterminent l'emprise que chaque personne a sur sa vie et son ancrage dans la société. Ainsi, les principaux problèmes que sont les problèmes de santé mentale, les troubles d'adaptation chez les enfants ainsi que les abus et la négligence dont ils sont victimes, la violence conjugale et sexuelle, la consommation de drogues et d'alcool, la détresse et le suicide affectent différemment les femmes et les hommes.

Le sexe des personnes influence fortement leur santé mentale et est un déterminant majeur des troubles transitoires. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à présenter un niveau de détresse psychologique élevé (particulièrement les jeunes et les plus âgées) et à se faire prescrire des tranquillisants. Chez les enfants et les adolescents, le décrochage scolaire et la consommation de drogues et d'alcool affectent davantage les garçons, alors que les filles sont aux prises avec une préoccupation excessive à l'égard de leur poids, de la violence dans leurs relations amoureuses et un taux important de grossesses précoces. Les agressions sexuelles et la violence conjugale touchent essentiellement les femmes, et la mortalité par suicide, les hommes.

Deuxième défi : Diminution de la mortalité prématurée évitable et des incapacités ayant pour cause des maladies chroniques, des traumatismes intentionnels et des troubles mentaux

La mortalité prématurée évitable est surtout reliée au suicide et aux accidents qui touchent davantage les hommes. C'est d'ailleurs ce qui explique en partie que l'espérance de vie des hommes soit de six ans inférieure à celui des femmes. Pour diminuer la mortalité prématurée évitable, il faudra davantage s'adresser aux hommes ; on réduira ainsi l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes.

Par ailleurs, les femmes sont davantage affectées par des incapacités ; elles vivent, au total, près de cinq ans de plus avec dépendance que les hommes. Au cours des dernières années, les femmes ont vu leur espérance de vie avec dépendance diminuer de 11 mois (de 71,5 ans en 1987 à 70,6 ans en 1998) alors que chez les hommes, on a observé une augmentation de 14 mois (de 68,2 ans en 1987 à 69,4 ans en 1998).

Troisième défi : Atténuation des effets du vieillissement de la population, particulièrement des conséquences de ce vieillissement sur les personnes qui vivent des incapacités fonctionnelles et sur leur réseau de soutien naturel

Les femmes sont ici les premières concernées car non seulement elles vivent plus vieilles que les hommes et sont donc surreprésentées chez les personnes âgées, mais ce sont aussi majoritairement elles qui forment le réseau de soutien naturel des personnes vivant avec des incapacités fonctionnelles, en plus d'être elles-mêmes davantage touchées par ces incapacités. Atténuer les effets du vieillissement de la population signifie donc s'adresser davantage aux femmes.

Quatrième défi : Réduction des inégalités en ce qui concerne la santé et le bien-être

Les inégalités en ce qui concerne la santé et le bien-être sont, pour la plupart, reliées au sexe. Les femmes vivent plus vieilles que les hommes, mais elles vivent plusieurs années de plus avec dépendance. On observe des différences importantes entre les femmes et les hommes pour la plupart des habitudes et des conditions de vie ; la pauvreté, notamment, qui constitue une cause majeure d'inégalité, touche davantage les femmes que les hommes.

Des inégalités existent aussi au regard de l'organisation des services sociaux et de santé et de l'accès à ces

ressources. Les femmes sont davantage touchées, d'une part, parce qu'elles sont plus pauvres, moins scolarisées et moins présentes dans les lieux décisionnels. D'autre part, pour diverses raisons, les interventions auprès d'elles ne sont pas toujours adéquates. Citons, à titre d'exemples, les problèmes de diagnostic des maladies cardiovasculaires et la consommation élevée de médicaments prescrits observée chez les femmes.

Enfin, certains groupes de femmes vivent des problèmes d'accessibilité aux services, notamment les femmes toxicomanes, prostituées, autochtones, immigrantes et itinérantes.

Annexe 4 Plan de mobilisation des ressources

Le pouvoir du directeur de santé publique par rapport à la mobilisation des ressources régionales est défini ainsi dans la Loi :

> « Lorsqu'un directeur de santé publique est d'avis dans le cours d'une enquête épidémiologique qu'il ne peut intervenir efficacement ou dans les délais requis pour réaliser son enquête ou pour protéger la santé de la population, il peut mettre en opération le plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire prévu au *Plan d'action régional de santé publique 2003-2006* (PARSP) et celles-ci sont alors tenues de se conformer aux directives du directeur. » (Loi sur la santé publique, projet de loi no 36, chapitre XI, article 97)

Conditions de mise en opération du plan de mobilisation

Le plan de mobilisation des ressources doit être vu comme une réponse à l'obligation de s'organiser en vue de contrer les menaces à la santé de la population, au sens de la Loi sur la santé publique, dans les cas où le recours aux ressources des établissements de santé et de services sociaux du territoire serait nécessaire sans que ces établissements soient l'objet de mesures d'urgence régionales au sens de la sécurité publique. Ces situations peuvent être vues comme des urgences particulières au cadre d'application de la Loi sur la santé publique, et elles sont alors visées par le plan de mobilisation des ressources qui s'inscrit dans le cadre des activités relatives à la protection de la santé publique.

D'autre part, le *Plan régional des mesures d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec* (PRMU) précise le rôle de la Direction de santé publique (DSP) et celui des établissements de santé et de services sociaux lorsque survient un sinistre dans la communauté. Si des situations d'urgence prévues à ce plan s'accompagnent de menaces à la santé de la population au sens de la Loi sur la santé publique, le pouvoir d'enquête conféré aux autorités de santé publique peut s'exercer et le directeur de santé publique pourra être justifié de déclencher le plan de mobilisation des ressources qui sera alors complémentaire au PRMU.

Deux types de menace peuvent donc justifier le déclenchement du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux de son territoire par le directeur de santé publique :

- une menace dont l'ampleur dépasse d'emblée les capacités de réponse de la DSP qui ne peut alors « intervenir efficacement » ;
- une menace d'une ampleur moindre, mais nécessitant une réponse intensive, concentrée dans le temps, dont l'application dépasse les capacités des équipes régionales de santé publique.

Par exemple, la DSP pourrait être confrontée à un épisode de toxi-infection alimentaire touchant un très grand nombre de personnes. D'emblée, l'ampleur de l'intervention initiale, soit l'enquête épidémiologique, pourrait amener un questionnement sur la capacité de la direction à « intervenir efficacement ». Si, par ailleurs, l'application des mesures de contrôle jugées appropriées requiert une intervention très concentrée dans le temps, l'intensité de cette intervention pourrait également amener un questionnement sur la capacité de la direction à « intervenir dans les délais requis ». Dans les deux cas, le plan de mobilisation pourrait être activé.

Mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation

Schématiquement, le mécanisme de mise en opération du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux comprend sept étapes.

Étape 1	Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du service de la protection de la santé publique de la DSP.
Étape 2	Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la DSP.
Étape 3	Déclenchement du plan de mobilisation si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la DSP est insuffisante.
Étape 4	Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné puis, si nécessaire, des autres établissements de la région.
Étape 5	Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur de santé publique.
Étape 6	Réalisation de l'intervention de santé publique afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population.
Étape 7	Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique.

Plus en détail, voici les étapes de mise en opération du plan de mobilisation ainsi que les conséquences pour chacun d'elles.

Étape 1 Identification d'une menace à la santé dont la gestion dépasse les capacités de réponse du service de protection de la santé publique de la DSP

L'expérience des années démontre que la probabilité demeure faible d'être confronté à une menace dont la gestion dépasse d'emblée les capacités de réponse du service de protection de la santé publique. Cependant, des situations d'épidémie réelle ou appréhendée ou des problématiques en émergence demandant une préparation ou une intervention rapide et à grande échelle (comme une épidémie de SRAS dans la région) sont des situations où les effectifs de la Direction de santé publique pourraient devenir insuffisants et où le plan de mobilisation des ressources serait mis à contribution.

Étape 2 Évaluation de la capacité de réponse des autres services de la DSP

Avant de recourir au plan de mobilisation, un effort est d'abord fait afin de mettre à contribution le personnel œuvrant dans les autres services de la DSP ou de l'Agence, selon leurs compétences respectives. Toutes les tâches n'exigeant pas d'expertise médicale peuvent, en effet, être partagées avec le personnel de soutien administratif et professionnel, après une formation intensive adéquate.

Par contre, les tâches exigeant une expertise médicale doivent être déléguées aux infirmières et aux médecins ou, dans certains cas, uniquement aux médecins (prescriptions médicales, tests diagnostiques).

Étape 3 Déclenchement du plan de mobilisation si la capacité de réponse de l'ensemble des services de la DSP et de l'Agence est insuffisante

Le PRMU fait déjà état du plan de mobilisation des ressources en santé publique. La demande est acheminée au réseau via le Comité de coordination des mesures d'urgence de l'Agence, mécanisme qui assure les liens de coordination entre l'Agence et le réseau de la santé.

La demande est acheminée aux cadres assurant la garde pour les établissements concernés, en leur indiquant la catégorie et le nombre de professionnels nécessaires pour la gestion de la menace ayant conduit au déclenchement du plan de mobilisation. Ce cadre aura ensuite la responsabilité de faire suivre cette réquisition aux gestionnaires de son établissement en mesure de répondre à cette demande.

Chacun des gestionnaires interpellés entre alors en contact avec le DSP pour indiquer le nombre d'employés des catégories sollicitées pouvant être mobilisés à ce moment précis, en accord avec la direction de l'établissement. Il reçoit à son tour l'information à transmettre à ses employés quant aux modalités d'opération (date, heure et lieu de la formation intensive, nature des tâches à accomplir, etc.).

Étape 4 Réquisition du personnel nécessaire, d'abord de l'établissement à mission CLSC du territoire concerné puis, si nécessaire, des autres établissements de la région

L'application du plan de mobilisation des ressources touche d'abord les établissements de santé et de services sociaux du territoire concernés par la menace à la santé de la population.

La mobilisation de personnel vise plus spécifiquement les établissements à mission CLSC au sein desquels se tiennent la plupart des activités de première ligne en santé publique, afin d'optimiser les efforts de formation qui devront être fournis par la suite.

Dans l'éventualité d'une menace touchant plus d'un CLSC, les autres établissements de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec peuvent alors être mis à contribution. La séquence de mobilisation peut se faire en fonction de la proximité géographique des établissements par rapport au site de la menace et vise d'abord les établissements pouvant libérer leurs professionnels avec le moindre impact sur les services à la clientèle.

Les modalités administratives devront alors être convenues entre la direction des établissements concernés et les responsables de l'Agence.

Étape 5 Formation intensive du personnel réquisitionné et placé sous l'autorité du directeur de santé publique

La DSP a la responsabilité d'organiser dans les plus brefs délais les activités de formation nécessaires afin que les membres du personnel dont les services sont réquisitionnés soient habilités à remplir les tâches qui leur seront confiées.

Les modalités de cette formation tiennent nécessairement compte de la complexité de l'information à transmettre et du nombre d'établissements impliqués. Dans les cas les plus simples, une conférence téléphonique pourrait suffire. Un cas complexe pourrait nécessiter une formation plus formelle, prodiguée à l'établissement même ou, dans les cas touchant plusieurs territoires, centralisée à un endroit convenu à ce moment.

Étape 6 Réalisation de l'intervention de santé publique afin de contrôler ou d'enrayer la menace à la santé de la population

Selon la nature des tâches à effectuer, la contribution du personnel de l'établissement peut être réalisée à partir de l'établissement même, dans les locaux de la DSP ou dans les deux endroits à la fois. Quel que soit le scénario retenu, une supervision étroite des opérations est assurée par la DSP afin que l'ensemble de l'intervention soit coordonné.

Si les opérations se déroulent sur plus d'un site, des chefs d'équipe peuvent être désignés afin que la progression de l'intervention fasse l'objet d'un monitorage constant et que les ajustements requis soient amenés sans délai.

Étape 7 Désactivation du plan de mobilisation et évaluation de l'intervention de santé publique

Le monitorage de l'intervention permettra de déterminer à quel moment la mobilisation du personnel des établissements pourra prendre fin, afin que

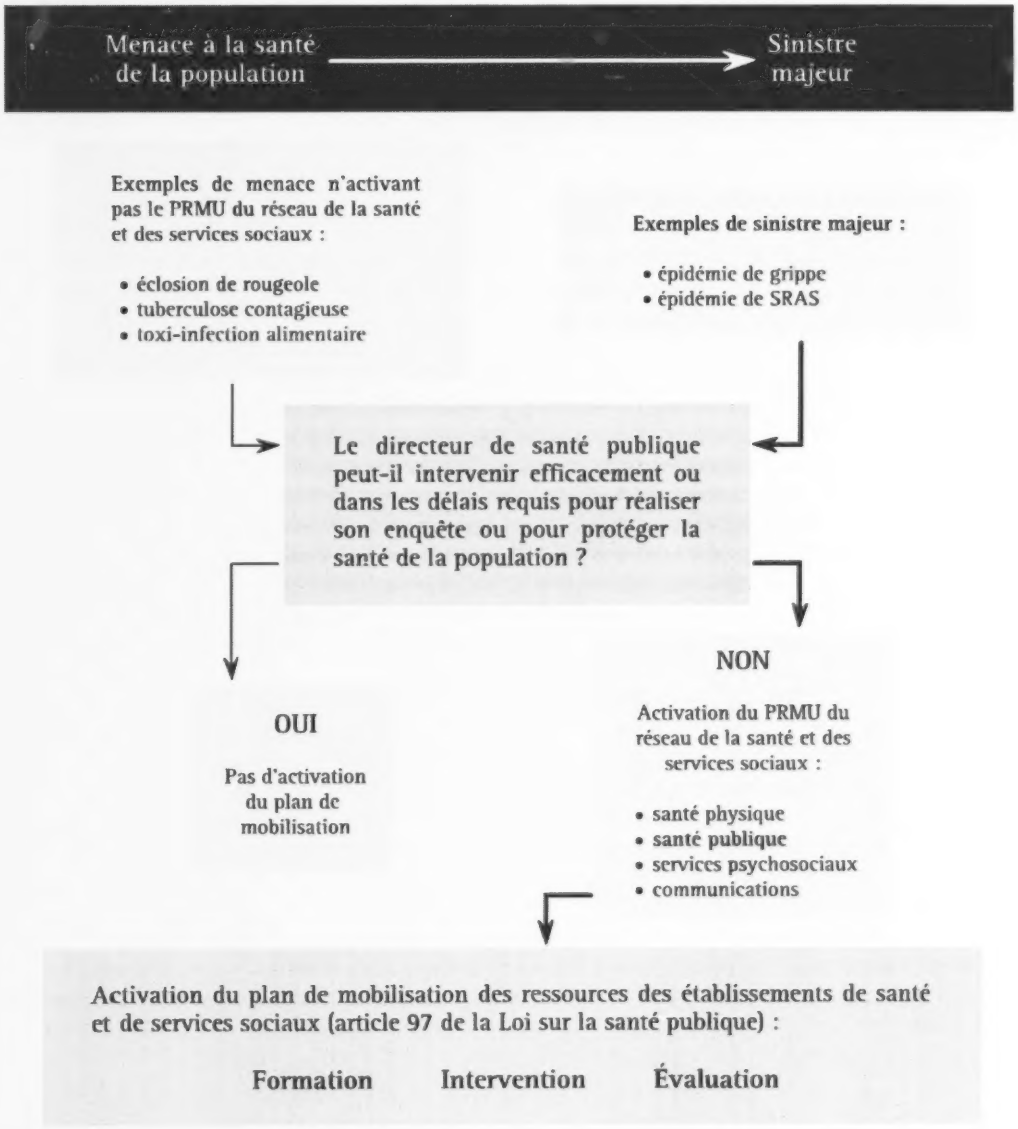
chaque employé dont les services auront été réquisitionnés retourne aussi tôt que possible à ses tâches habituelles.

Une évaluation globale de l'intervention sera effectuée dans les jours suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan en vue d'améliorations futures. La forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

Plan de mobilisation et Plan régional des mesures d'urgence

Le schéma suivant présente le rôle du plan de mobilisation lors de la gestion d'une situation d'urgence dans le cadre du déclenchement du PRMU. L'activation du plan de mobilisation est en effet une des activités dont la responsabilité est définie dans le PRMU.

Rôle du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux lors de la gestion d'une situation d'urgence

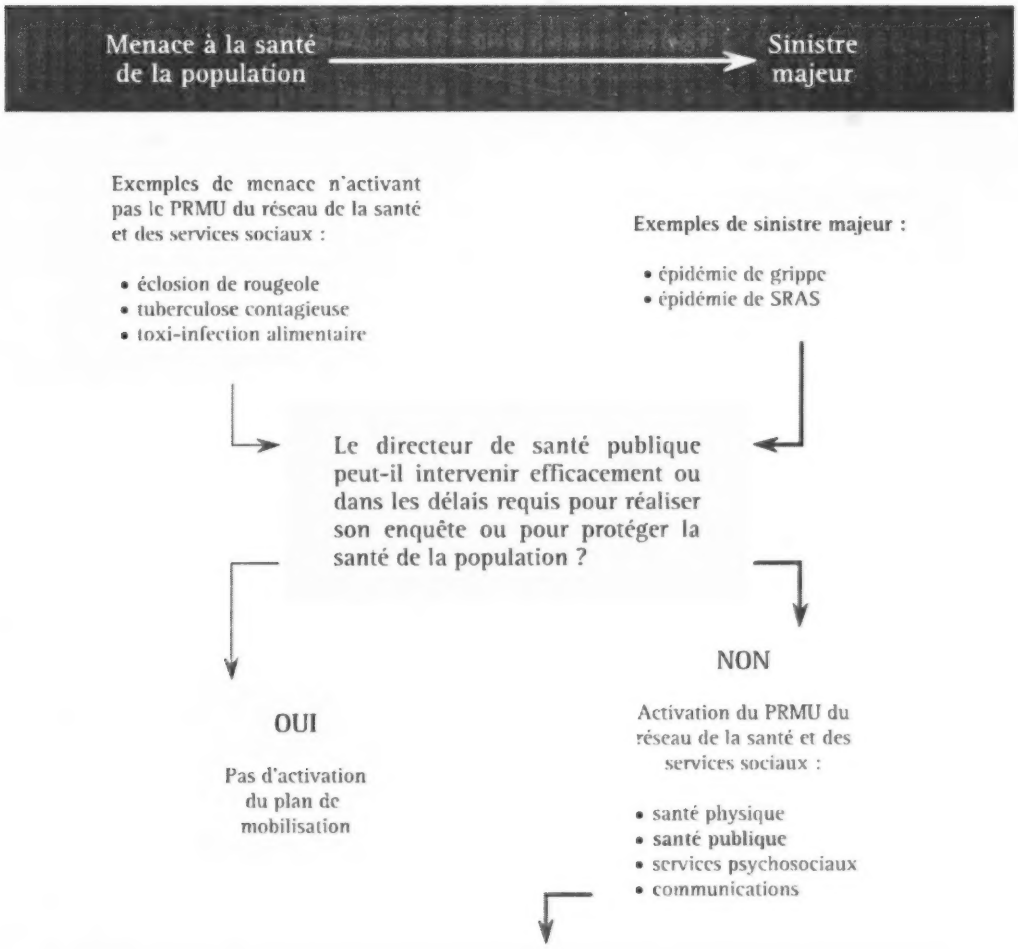


chaque employé dont les services auront été réquisitionnés retourne aussi tôt que possible à ses tâches habituelles.

Une évaluation globale de l'intervention sera effectuée dans les jours suivant la désactivation du plan de mobilisation, de manière à souligner les forces et les faiblesses du plan en vue d'améliorations futures. La forme que prendra cette évaluation tiendra compte de l'ampleur de l'intervention réalisée et du nombre d'établissements impliqués.

Le schéma suivant présente le rôle du plan de mobilisation lors de la gestion d'une situation d'urgence dans le cadre du déclenchement du PRMU. L'activation du plan de mobilisation est en effet une des activités dont la responsabilité est définie dans le PRMU.

Rôle du plan de mobilisation des ressources des établissements de santé et de services sociaux lors de la gestion d'une situation d'urgence



Définitions	
Menace	« On entend par une menace à la santé de la population la présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée. » (Loi sur la santé publique, projet de loi no 36, chapitre I, article 2).
Sinistre majeur	« Un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou une pandémie. » (Loi sur la sécurité civile, L.R.Q., chapitre P-173, article 2, paragraphe 1).

Annexe 5 Tableau synthèse des classes d'objets de surveillance*

Caractéristiques personnelles

Conditions démographiques

Conditions socioculturelles

Conditions socioéconomiques

Environnement physique

Qualité de l'air intérieur
Qualité du milieu de travail
Qualité de l'air extérieur
Qualité de l'eau
Qualité des aliments
Qualité du logement
Qualité du sol
Caractéristiques de la faune

Environnement social

Habitudes de vie et comportements préventifs

Services de santé

Services préventifs
Services de première ligne
Services hospitaliers

État de santé globale

État de santé physique

Problèmes de santé
Problèmes liés à la santé des nouveau-nés et des nourissons
Traumatismes
Maladies infectieuses évitables par l'immunisation
VIH/sida, VHC, infections transmissibles sexuellement et problèmes liés
Autres maladies infectieuses et problèmes liés
Intoxications d'origine environnementale
Affections liées au milieu de travail

État de santé psychosociale

* Tiré du document de travail *Présentations des objets de surveillance, leur(s) mesure(s)/indicateur(s) et leur(s) source(s) de données sélectionnées – Document du Plan commun de surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants*, 28 octobre 2003.

Annexe 6 Appréciation administrative : reddition de comptes

Pertinence : favoriser l'exercice des responsabilités, la capacité d'en rendre compte et améliorer l'action.

Objets minimaux de la reddition de comptes : suivi financier (écart entre les investissements et les dépenses réalisées) et suivi national du PNSP.

Processus	Acteurs, rôles et responsabilités
Identification des indicateurs reliés aux objets priorisés, pertinence, source d'information, fournisseurs	DSP* – Sous la responsabilité du DSP, sélection et élaboration des éléments de reddition de comptes. Mission CLSC – Avise sur la capacité des indicateurs à rendre compte de la réalité vécue dans la production de services.
Mesure de la validité et la fidélité des données pour I-CLSC	DSP – Sous la responsabilité du DSP, la pilote régionale I-CLSC participe à l'analyse de la validité-fidélité des données telles que mesurées par les indicateurs choisis et propose des avenues de solution pour améliorer ces deux critères de qualité. Mission CLSC – Pilotes locaux I-CLSC participent à l'analyse et aux corrections éventuelles.
Développement de sources d'information supplémentaires si essentiel *Actuellement, tend à 100 % des SI existants (I-CLSC, gestion financière, etc.)*	DSP ou pourrait venir de la DGSP – Identifie le besoin et justifie la pertinence + élaboration des outils + accompagnement. Acteurs concernés – Discutent et s'engagent sur la pertinence, le choix du moyen le mieux adapté, la fidélité des informations et le plan d'implantation.
Collecte d'informations – SI existant	DSP – Sous la responsabilité du DSP, la pilote régionale I-CLSC programme le rapport. Extraction des informations issue des rapports financiers annuels des établissements. Mission CLSC – Pilotes régionaux génèrent les informations à partir du rapport I-CLSC.
Production de résultats et analyse	DSP – Analyse et rédige. Mission CLSC – Coordonnateurs de programmes contribuent à l'interprétation des écarts lors de la sortie des données du rapport I-CLSC.

* DSP : directeur de santé publique

Bibliographie

CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC. *Forum sur le développement social : Présentation de la démarche*, Québec, mars 1997.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur la santé publique (Loi n° 36)*, Québec, Éditeur officiel du Québec, 2001.

GROUPE DE TRAVAIL SUR LA COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES DU RÉSEAU DE L'ÉDUCATION ET DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Ensemble avec les jeunes, proposition d'un processus de collaboration permettant une complémentarité des services pour répondre aux besoins des jeunes*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation, 2002.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé de la population : Rapport final*, Ottawa, Santé Canada, 1999, 36 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, 519 p. (Collection la santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *L'alcool, les drogues, le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? – Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2000)*, Volume 2, Québec, Gouvernement du Québec, 2002, pag. variée. (Collection la santé et le bien-être)

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. « La cigarette. Évolution de l'usage et autres tendances depuis 1998 », *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002* (résultats sommaires), Québec, Institut de la statistique du Québec, mai 2003, 4 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La santé des communautés : Perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Québec, INSPQ, 2002, 50 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *Le portrait de santé : Le Québec et ses régions*, Québec, INSPQ, Les publications du Québec, 2001, 432 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE. *Politique gouvernementale : L'action communautaire une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2001, 59 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Au féminin... à l'écoute de nos besoins. Objectifs ministérielles et stratégies d'action en santé et bien-être des femmes*, Québec, Gouvernement du Québec, 2002.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *L'alimentation au Québec : Voie d'action pour le milieu scolaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 1988.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la santé et du bien-être*, Québec, Gouvernement du Québec, 1992, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Québec, Gouvernement du Québec, 1997, 220 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Protocole d'immunisation*, Québec, Gouvernement du Québec, 1999, 2003, 392 p.

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES. *Une politique québécoise en matière de nutrition*, Québec, Gouvernement du Québec, 1977, 89 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE–BOIS-FRANCS. *Cadre de référence en promotion/prévention – Volet : soutien au développement de l'enfant 0-5 ans de sa famille et de ses milieux de vie*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, 1998, pag. variée.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MAURICIE–BOIS-FRANCS. *La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs : Décisions 1996*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux Mauricie–Bois-Francs, 1997, 102 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Bilan du plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001, 71 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Cadre de financement des organismes communautaires du domaine de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001, 26 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Cibles d'action prioritaires 2003-2005 : Réduire le nombre de décès par suicide en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003, 61 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, Direction de santé publique. *Des communautés en santé : Cadre de référence en matière de santé publique*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, 92 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Les inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2000, 43 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan de consolidation 1999-2002 : Une vision d'amélioration continue pour un réseau tissé serré*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 1999, 100 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Plan régional des mesures d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, 41 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Rapport du directeur de santé publique 2003 – Les habitudes de vie et les maladies chroniques en Mauricie et au Centre-du-Québec : Mieux comprendre pour mieux intervenir*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2003, 69 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Regard sur la santé et le bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec : Enquête sociale et de santé 1998*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2002, 254 p.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Stratégie régionale de lutte contre le VIH/sida et les MTS : Plan d'action 2001-2004*, Trois-Rivières, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001.

RÉSEAU QUÉBÉCOIS DES VILLES ET VILLAGES EN SANTÉ. *L'obsession du citoyen : Vade-mecum pour des Villes et Villages en santé*, Sainte-Foy, Réseau québécois des Villes et Villages en santé, 1998, 192 p.

Crédits-photos

Page couverture
Daniel Jalbert/Tourisme Mauricie
Daniel Jalbert/Office de tourisme et des congrès de Trois-Rivières
Banque PhotoMauricie/Centre de la Petite Enfance la Bottine Souriante

Chapitre 1
Gilles Joubert/Corporation pour le développement de l'île St-Quentin

Chapitre 2
Banque PhotoMauricie/Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec

Chapitre 3
Daniel Jalbert/Tourisme Mauricie

Chapitre 4
Hélène S. Dubois

Chapitre 5
Gilles Latour

Chapitre 6
Banque PhotoMauricie/Collège Shawinigan

Chapitre 7
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec